



VAASAN AMMATTIKORKEAKOULU
VASA YRKESHÖGSKOLA
UNIVERSITY OF APPLIED SCIENCES

Ilona Perkiö

VAUVAMYÖNTEISYYDEN TOTEUTU- MINEN KOLMESSA KESKUSSAIRAA- LASSA

Sosiaali- ja terveysala
2015

TIIVISTELMÄ

Tekijä	Ilona Perkiö
Opinnäytetyön nimi	Vauvamyönteisyyden toteutuminen kolmessa keskussairaalassa
Vuosi	2015
Kieli	suomi
Sivumäärä	67 + 2 liitettä
Ohjaaja	Hanna-Leena Melender

Tämän opinnäytetyönä tehdyn tutkimuksen tarkoituksena oli kuvailla äitien kokemuksia saamastaan imetysohjauksesta ja imetyksen tuesta kolmessa keskussairaalassa. Tutkimus on osa WHO:n vauvamyönteisyysohjelman kymmenen askeleen toteutusta. Tutkimuksen tavoitteena oli tuottaa sairaaloille sellaista tietoa, jota ne voivat käyttää arvioidessaan ja kehittäessään nykyisiä imetysohjaus- ja imetys-tukikäytäntöjään yhä vauvamyönteisemmiksi.

Tutkimuksen teoreettisessa viitekehyksessä käsitellään imetystä ja sen hyötyjä, imetysohjausta ja -tukea, imetyksen tilannetta Suomessa, sairaaloiden imetystä tukevia käytäntöjä sekä vauvamyönteisyyttä. Tutkimus oli luonteeltaan kvantitatiivinen. Tutkimuksen aineisto kerättiin strukturoidulla kyselylomakkeella. Kysely toteutettiin Keski-Pohjanmaan, Seinäjoen ja Vaasan keskussairaaloissa huhtikuuskuussa 2014. Kolmessa sairaalassa jaettiin yhteensä 274 lomaketta ja yhteensä 204 äitiä vastasi kyselyyn. Vastausprosentti koko aineistolle oli 74. Aineisto analysoitiin SPSS-tilasto-ohjelmalla.

Tutkittavista 91 % koki saamansa imetysohjauksen riittäväksi ja 95 % mielestä imetyksen onnistumista seurattiin riittävästi. Imetyksen tärkeää merkitystä käsiteltiin riittävästi 89 % mielestä. Tutkittavista 36 % oli sitä mieltä, että imetysongelmista kerrottiin riittämättömästi. Isä huomioitiin imetysohjauksessa 30 % tapauksista. Tutkittavista 76 % piti vauvaa vierihoidossa koko ajan ja 53 % jatkoi synnytysalissa alkanutta ihokontaktia osastolla. Vauvoista 46 % sai ravinnokseen pelkkää äidinmaitoa. Tutkittavista 56 % suunnitteli täysimettävänsä 6 kuukautta ja jatkavansa sen jälkeen osittaisimetyksellä 1 vuoden ikään asti.

Tutkimuksen tulokset osoittivat monen vauvamyönteisyyden kriteerin toteutuvan sairaaloissa hyvin, mutta kehitettävääkin kuitenkin löytyy. Useimmilla osaluilla suurin osa äideistä oli kokenut imetysohjauksen ja imetystuen olevan riittävää. Tulevaisuudessa huomiota tulee kiinnittää etenkin imetysongelmista kertomiseen, puolison huomioimiseen, ihokontaktin toteutumiseen sekä lisämaidon käyttämisen vähentämiseen.

Avainsanat	imetys, imetysohjaus, imetystuki, vauvamyönteisyys
------------	--

ABSTRACT

Author	Ilona Perkiö
Title	Implementing a Baby-Friendly Hospital Initiative in Three Central Hospitals
Year	2015
Language	Finnish
Pages	67 + 2 Appendices
Name of Supervisor	Hanna-Leena Melender

The purpose of this bachelor's thesis was to describe mothers' experiences of the breastfeeding counselling and breastfeeding support in three central hospitals. The purpose of this thesis was to produce information to the hospitals which they can use to evaluate and improve their breastfeeding counselling and breastfeeding support methods to be even more Baby-Friendly.

The data was collected with a structured questionnaire. The inquiry was carried out in May-June 2014 in Vaasa, Seinäjoki and Central Ostrobothnia central hospitals. Altogether 274 questionnaires were delivered to the mothers and 204 responses were received. The response rate was 74 %. The data was analyzed quantitatively with SPSS-statistic program.

The majority of the respondents stated that the breastfeeding counselling and the monitoring whether the breastfeeding was successful was sufficient. Of the mothers 89 % stated that the staff told adequately about the importance of breastfeeding. Of the respondents 36 % stated that information about breastfeeding problems was insufficient. The father was taken into account in breastfeeding counselling in 30 % of cases. Skin to skin contact that was started in the delivery room was continued in the maternity unit by 53 % of mothers. Of the mothers 76 % were rooming in the whole time they were in the maternity unit. Of the babies 46 % were fed only with breastmilk. A little more than a half of the mothers were planning to exclusively breastfeed 6 months and continue partially breastfeeding until the baby was 1 year old.

The results of this study show that hospitals implement many of the criteria of Baby-Friendly Initiative but there are also some things to improve. Most of the respondents had experienced that breastfeeding counselling and breastfeeding support were sufficient in most areas. In the future, attention should be paid to giving information about breastfeeding problems, to including the father in breastfeeding counselling, to implementing skin-to-skin contact and to decreasing the use of complementary feeding.

Keywords	Breastfeeding, breastfeeding counselling, breastfeeding support, baby-friendly
----------	--

SISÄLLYS

TIIVISTELMÄ

ABSTRACT

1	JOHDANTO.....	8
2	TUTKIMUKSEN TARKOITUS JA TUTKIMUSKYSYMYKSET	10
3	IMETYS	11
	3.1 Maidon koostumus.....	11
	3.2 Tutti ja tuttipullo	12
	3.3 Imetyksen edut ja vasta-aiheet	13
	3.4 Imetyksen terminologiaa.....	15
	3.5 Keskosen ravitsemus ja imetys	17
	3.6 Imetys Suomessa.....	17
	3.7 Imetys eri kulttuureissa	18
4	IMETYKSEN OHJAAMINEN JA TUKEMINEN.....	21
	4.1 Imetyksen ongelmat	21
	4.2 Imetyksen tukeminen	23
	4.3 Imetyksen ohjaaminen	25
	4.4 Keskosvauvan imetyksen ohjaaminen ja tukeminen	26
	4.5 Imetysluottamus ja imetyssuunnitelmat.....	28
	4.6 Sairaalan imetystä tukevat käytännöt.....	29
5	VAUVAMYÖNTEISYYS	34
	5.1 Vauvamyönteisyyden kymmenen askelta.....	34
	5.2 Vauvamyönteisyys tutkimuksen valossa	36
6	TUTKIMUKSEN TOTEUTUS.....	38
	6.1 Kohderyhmä ja aineistonkeruu	38
	6.2 Aineiston analysointi	39
	6.3 Tutkimuseettiset kysymykset.....	40
	6.4 Tutkimuksen luotettavuus	41
7	TULOKSET	43
	7.1 Vastaajien taustatiedot	43
	7.2 Imetysohjauksen riittävyys	45
	7.3 Imetystuen riittävyys.....	49

7.4	Sairaalan imetysmyönteisten käytäntöjen toteutuminen.....	52
7.5	Äitien imetyssuunnitelmat	55
8	POHDINTA.....	58
8.1	Tutkimustulosten tarkastelu	58
8.2	Johtopäätökset ja jatkotutkimusehdotukset.....	61
	LÄHTEET.....	63
	LIITTEET	

KUVIO- JA TAULUKKOLUETTELO

Taulukko 1. Jaettujen lomakkeiden ja vastanneiden äitien määrä sekä vastausprosentit sairaaloittain.	s.39
Taulukko 2. Imetysohjauksen riittävyys koko aineistossa (n=204).	s.46
Taulukko 3. Imetystuen riittävyys koko aineistossa (n=204).	s.50
Kuvio 1. Vastaajien ikäjakauma koko aineistossa (n= 204).	s.43
Kuvio 2. Vastaajien synnyttäneisyys koko aineistossa (n= 203).	s.44
Kuvio 3. Synnytystapa koko aineistossa (n=204).	s.44
Kuvio 4. Riittävä imetystekniikan opastus (A: n=71; B: n=49; C n=81) sekä riittävä imetysongelmista kertominen (A: n=67; B: n=48; C: n=81) sairaaloittain.	s.47
Kuvio 5. Riittävä apu varhaisimetykseen (A: n=68; B: n=48; C: n=82) sekä riittävä imetysohjaus (A: n=69; B: n=50; C: n=80) sairaaloittain.	s.48
Kuvio 6. Lapsen isän huomioiminen imetysohjauksessa sairaaloittain. (A: n=66; B: n=47; C: n=79).	s.49
Kuvio 7. Riittävä imetyksen merkityksen käsittely (A n=71; B n=49; C n=81), riittävä imetyksen onnistumisen seuraaminen (A n=71; B n=49; C n=82) sekä riittävä lapsentahtiseen imetykseen kannustaminen (A n=69; B n=50; C n=82) sairaaloittain.	s.51
Kuvio 8. Ihokontaktiin ottamiseen kannustaminen sairaaloissa (A n=69; B n=49; C n=80).	s.52
Kuvio 9. Lisämaidon käyttö koko aineistossa (n=203).	s.52
Kuvio 10. Vierihoidon toteutuminen koko aineistossa (n=199).	s.53

Kuvio 11. Ihokontakti osastolle siirryttäessä (n=202) sekä ihokontaktin jatkaminen osastolla (n=195) koko aineistossa. s.53

Kuvio 12. Lisämaidon antaminen (A: n=71; B: n=49; C: n=83) sekä vierihoidon toteutuminen kokoaikaisesti (A: n=70; B: n=48; C: n=81) sairaaloittain. s.54

Kuvio 13. Ihokontaktissa osastolle siirtyminen (A: n=69; B: n=50; C: n=83) ja ihokontaktin jatkaminen osastolla (A: n=68; B: n=47; C: n=80) sairaaloittain. s.55

Kuvio 14. Äitien imetyssuunnitelmat koko aineistossa (n=194). s.56

LIITELUETTELO**LIITE 1.** Imetyskysely**LIITE 2.** Anmingsförfrågan

1 JOHDANTO

Maailman terveysjärjestö WHO suosittelee lapsen täysimettämistä kuuden kuukauden ikään (WHO 2009). Terveiden ja hyvinvoinnin laitoksen (THL) vuonna 2010 teettämän selvityksen mukaan Suomessa alle kuukauden ikäisistä vauvoista alle puolet oli täysimetettyjä. Neljä kuukautta täyttäneistä reilu 20 % sai pelkkää äidinmaitoa ja kuuden kuukauden ikää lähestyvistä enää 10 % oli täysimetettyjä. (Uusitalo, Nyberg, Pelkonen, Sarlio-Lähteenkorva, Hakulinen-Viitanen & Virtanen 2012, 41.) Tutkimusten mukaan imetysohjauksella ja -tuella voidaan vaikuttaa täysimetyksen kestoon merkittävästi (Haroon, Das, Salam, Imdad & Bhutta 2013, 4).

Vanhan Vaasan läänin alueella vauvamyönteisyyttä tukemaan ja kehittämään on perustettu Pohjanmaan vauvamyönteisyystyöryhmä. Työryhmään kuuluu asiantuntijoita kolmen sairaanhoitopiirin alueelta. Työryhmä on kokoontunut 1990-luvun alkupuolelta lähtien ja ollut mukana erilaisissa kehittämishankkeissa koskien imetystä sekä perheiden tukemista. 2000-luvulla yhteistyö on laajentunut koskemaan alueiden neuvoloita, sairaaloiden lastenosastoja, ammattikorkeakoulujen hoitotyön koulutusta sekä Tampereen yliopiston hoitotieteen laitosta. Työryhmän tavoitteena on kehittää ja yhtenäistää käytäntöjä eri toimijoiden välillä. Tulevaisuuden tavoitteena on, että kaikki alueen sairaalat sekä neuvolat täyttävät vauvamyönteisyyssertifikaatin kriteerit. Tavoitteisiin pääsemistä tukevat työryhmän suunnittelemat, koko alueen kattavat koulutukset sekä yhteistyö ammattikorkeakoulujen ja yliopiston kanssa, joilta saadaan tieteellistä näyttöä ja muuta tietoa toiminnan tukemiseksi. (Autio, Kiviniemi & Mastosalo 2012.) Alueen sairaaloista Vaasan keskussairaala sai vauvamyönteisyyssertifikaatin vuonna 2014.

Tämän opinnäytetyönä tehdyn tutkimuksen tarkoituksena oli kuvailla äitien kokemuksia saamastaan imetysohjauksesta ja imetyksen tuesta kolmessa keskussairaalassa. Aiheen valinnassa ovat vaikuttaneet sekä tekijän henkilökohtainen kiinnostus että tilaajan tarve tutkimuksen teolle. Aihe löytyi Vaasan ammattikorkeakoulun opinnäytetyöaihepankista, jonne oli välitetty tieto Pohjanmaan vauvamyönteisyystyöryhmän tilauksesta tälle tutkimukselle. Tutkimus on osa WHO:n

vauvamyönteisyysohjelman kymmenen askeleen toteutusta. Opinnäytetyö kuuluu tekijän sairaanhoitajaopintoihin. Tekijä on kiinnostunut hakeutumaan terveydenhoitajakoulutukseen ja myös sitä kautta imetyksen edistäminen aiheena kiinnostaa.

2 TUTKIMUKSEN TARKOITUS JA TUTKIMUSKYSYMYKSET

Tämän opinnäytetyönä tehtävän tutkimuksen tarkoituksena oli kuvailla äitien kokemuksia saamastaan imetysohjauksesta ja imetyksen tuesta kolmessa keskussairaalassa. Tutkimuksen tavoitteena oli tuottaa sairaaloille sellaista tietoa, jota ne voivat käyttää arvioidessaan ja kehittäessään nykyisiä imetysohjaus- ja imetystukikäytäntöjään.

Tutkimuskysymykset olivat seuraavat:

1. Missä määrin äidit kokevat saamansa imetysohjauksen riittäväksi?
2. Missä määrin äidit kokevat saamansa imetystuen riittäväksi?
3. Missä määrin imetysmyönteiset käytännöt toteutuvat sairaaloissa?
4. Kuinka pitkään äidit suunnittelevat imettävänsä?

3 IMETYS

Naisen rinnat valmistautuvat jo raskauden aikana tulevaan imetykseen. Rinnat kasvavat ja nänni sekä nännipiha muuttuvat tummemmiksi. Hormonien vaikutuksesta rinnan kudoksissa tapahtuu muutoksia: maitorakkuloiden määrä kasvaa ja maitotiehyeverkosto tulee tiheämmäksi. Maidoneritys käynnistyy, kun synnytys saa progesteronipitoisuuden laskemaan. (Deufel & Montonen 2010 e, 50–51.) Nänni ja erityisesti nännipiha sisältävät runsaasti hermoja. Imeminen saa aikaan hermorefleksin, joka vapauttaa maidon erittymisen ja herumisen käynnistäviä hormoneja, prolaktiinia ja oksitosiinia. (Deufel & Montonen 2010 f, 51–53.)

Vauva opettelee imemään ja nielemään jo vatsassa. Imeminen alkaa kehittyä 15.–18. raskausviikoilla. Imemiseen liittyvä hamuamisrefleksi laukeaa, kun kasvoissa ja suun ympäristössä olevat hermot saavat tuntoärsytyksen. Refleksi saa vauvan kääntämään pään ärsykkeen suuntaan ja avaamaan suunsa. Vauvan huulet ja suunontelon rakenteet muodostavat tiiviön nännin ympärille. Vauva imee nännin sekä sitä ympäröivän rintakudoksen pitkälle suuhun. Imemisrefleksi käynnistyy nännin koskettaessa suulakea. Syödessään vauva imee tyypillisesti 6–12 imun sykleissä. (Haapanen & Markkanen-Leppänen 2013, 473–474.)

3.1 Maidon koostumus

Rintamaito on kehittynyt vastaamaan parhaalla mahdollisella tavalla vauvan tarpeita. Ensimmäisten päivien maitoa sanotaan kolostrumiksi. Kolostrum sisältää paljon vauvan vastustuskyvyllä tärkeitä immunoglobuliineja. Kahden viikon kuluessa maidon koostumus on tasaantunut lopulliselle tasolleen ja sitä kutsutaan kypsäksi maidoksi. Koostumus saattaa hieman vaihdella eri imetyskerroilla ja äidin ravinnosta riippuen. (Luukkainen 2010, 33–37.)

Suurin osa rintamaidon hiilihydraateista on laktoosia, mutta se sisältää myös runsaasti oligosakkarideja, jotka ovat tärkeitä suoliston immuunipuolustukselle. Rintamaidossa rasvaa on noin puolet ja se sisältää paljon monityydyttymättömiä rasvahappoja, jotka tukevat keskushermoston kehitystä. Rintamaidon proteiinien hyötysuhde on huomattavasti parempi kuin esimerkiksi lehmän maidossa. Mine-

raaleja ja hivenaineita on optimaalisesti, ainoastaan K- ja D-vitamiinien tarve ei tule tyydytetyksi. Siksi vauvat saavat K-vitamiinipistoksen synnyttyään ja D-vitamiinilisää suositellaan käytettäväksi kahden viikon iästä lähtien. (Luukkainen 2010, 33–37; Peippo, Hoppu, Isolauri, Laitinen 2011, 3029–3032.)

Äidinmaidon korvike

Äidinmaidonkorvikkeiden koostumus on pyritty saamaan mahdollisimman samanlaiseksi rintamaidon kanssa. Koostumuksissa on kuitenkin eroa, esimerkiksi immuunipuolustukseen ja kasvuun liittyvien tekijöiden osalta. Rintamaito on myös paremmin imeytyvää. (Luukkainen 2010, 33–37; Peippo, Hoppu, Isolauri, Laitinen 2011, 3029–3032.)

Korviketta tai luovutettua äidinmaitoa voidaan käyttää, jos imettäminen ei jostain syystä ole mahdollista. Valmiin korvikkeen käyttö on suositeltavampaa kuin jauheesta valmistetun korvikkeen, sillä siinä on pienempi infektioriski. Ennenaikaisilla tai pienipainoisina syntyneillä korvike nostaa painoa nopeammin kuin imetys tai luovutettu äidinmaito, mutta riski sairastua nekrotisoivaan enterokoliittiin on korvikeruokituilla suurempi. (JBI 2013 d.) Nekrotisoiva enterokoliitti on vakava suolta vaurioittava suolistotauti jota esiintyy keskosilla. Nekrotisoiva enterokoliitti on yksi yleisimpiä keskosen kuolemaan johtavia syitä. (Hällström 2005.)

Korvikkeiden käytön yleistyttyä, sitä saatetaan maallikkojen keskuudessa pitää virheellisesti parempana ravintona kuin äidinmaitoa. Korvike saatetaan valita myös muista syistä, kuten että korvike koetaan arjessa helpommaksi tai pelätään rintojen muuttumista imetyksen myötä. (Brown, Raynor, Lee 2011, 1996–1998.)

3.2 Tutti ja tuttipullo

Vauvoilla esiintyy kahdenlaista imemistä, nutritiivista (ravitsemuksellista) ja non-nutritiivistä (ei ravitsemuksellista). Joskus rintaruokinta ei riitä tyydyttämään lapsen imemisen tarvetta. Tätä tarvetta tyydyttämään on otettu tutti, jonka käyttö Pohjoismaissa on lisääntynyt 30 viime vuoden aikana. (Haapanen & Markkanen-Leppänen 2013, 473, 477–478.) Tämän hetkisen tutkimustiedon valossa tutin käyttö ei vaikuta epäsuotuisasti imetyksen kestoon, jos äiti on hyvin motivoitunut

imettämiseen. Tutin käytöllä nukuttamisen yhteydessä on todettu olevan merkittävä vaikutus kätkytkuoleman ehkäisyssä. JBI-katsauksen mukaan tuttia voisi käyttää nukahtamisen yhteydessä kätkytkuoleman ehkäisyyn neljän viikon–yhden vuoden ikäisillä lapsilla. (JBI 2013 a.) Tutin käytöllä on epäedullisia vaikutuksia purentaan. Toisaalta, jos vauvan imemisen tarve on suuri, tutti voi vähentää sormien imeskelyä. Myös sormien imeminen vaikuttaa purennan vääränlaiseen kehittymiseen. Tutin käytöstä on helpompi päästä eroon kuin sormen imemisestä ja tutin aiheuttamat muutokset purennalle on helpompi korjata. (Sirviö 2009.) Huvi-tutin käyttö vähentää rinnan stimulaation määrää, joka voi osaltaan vaikuttaa siihen, ettei maidonmuodostus ole riittävää (Tiitinen 2014 a).

Tuttipullo otetaan monesti käyttöön, kun äidille tulee tunne oman maidon riittämättömyydestä, vauvan imiessä tiheästi. Rinnat kuitenkin vastaavat tiheään imemiseen lisäämällä maidon tuotantoa. Jos tässä tilanteessa turvaudutaan korvikemaitoon, rinnat eivät saa stimulaatiota ja maidon tuotanto ei lisäännä vastaamaan tarvetta. (Deufel & Montonen 2010 c, 137–140.)

3.3 Imetyksen edut ja vasta-aiheet

Vuorovaikutus vanhemman ja vauvan välillä on erittäin tärkeää vauvan psyyken ja aivojen kehittymiselle. Toistuvien vuorovaikutustilanteiden myötä vanhemman ja vauvan välille kehittyy erityinen kiintymyssuhde. Imetyksen ja ihokontaktin seurauksena äidillä alkaa erittyä oksitosiinihormonia, joka tukee kiintymyssuhteen muodostumista. (Puura & Mäntymaa 2010, 24–32.) Imetyksen on huomattu lisäävän vauvan aivojen sähköistä toimintaa selvästi (Keskinen 2010, 45).

Imetyksen välittömiä ja lähitulevaisuuden hyötyjä on huomattavasti helpompi tutkia kuin kauaskantoisia hyötyjä. Aikuisiällä terveyteen ovat vaikuttaneet jo niin monet seikat, että on vaikeaa selvittää, minkälainen osuus imetyksellä on aikuisiän terveyteen. (Smithers & McIntyre 2010, 758.) Pirilän (2014) seurantatutkimuksessa tutkittiin imetyksen vaikutusta aikuisiän luuston terveyteen, kehonkoostumukseen sekä sydän- ja verisuonisairauksien riskiin. Tutkimuksessa ei havaittu imetyksellä olevan suoraa yhteyttä kehonkoostumukseen, eikä imetyksellä ole tutkimuksen mukaan yhteyttä ja sydän- ja verisuonitautien riskiin. Tutkimuksessa

havaittiin miesten kohdalla yhteys imetyksen keston ja aikuisiän luustonkoostumuksen välillä. Luuston mineraalitiheys oli parempi vähemmän aikaa imetetyillä miehillä, joskin mineraalitiheys oli kuitenkin normaali myös pidempään imetetyillä miehillä. Pirilän mukaan tulokset vaativat jatkotutkimuksia. (Pirilä 2014, 46–57.)

Järvenpään katsausartikkelissa todetaan imetyksen suojaavan monilta infektiolta, kuten korvatulehduksilta sekä virtsatieinfektioilta. Tutkimusten mukaan täysimetys suojaa merkittävästi alle yksivuotiasta sairaalahoitoa vaativalta hengitystieinfektiolta tai gastroenteriitiltä. Alle yksivuotiaiden imetettyjen sairaalakulut ovatkin 40 % pienemmät kuin ei-imetettyjen. (Järvenpää 2009, 2090–2091.)

Täysimetys antaa selvää suojaa keuhkokuumetta vastaan 0–5 kuukauden ikäisillä, verrattuna osittain imetettyihin ja ei-imetettyihin. Tämä sama suhde on nähtävissä keuhkokuumeen esiintyvyydessä, siihen sairastuvuudessa ja siihen kuolleisuudessa. Imetys antaa selvästi suojaa keuhkokuumetta vastaan myös 6–23 kuukauden ikäisillä, verrattuna saman ikäisiin ei-imetettyihin lapsiin. Kuolleisuus on yleisesti pienempi täysimetetyillä 0–5 kuukauden ikäisillä sekä 6–23 kuukauden ikäisillä imetetyillä lapsilla. (Lamberti, Zakarija-Grkovic, Fischer Walker, Theodoratou, Nair, Cambell, Black 2013, 3–4.)

Imetys antaa suojaa kätkytkuolemalta. Vuonna 2011 julkaistun meta-analyysin tulosten mukaan täysimetys antaa voimakkaamman suojan, mutta myös osittainen imetys tai vain vähän aikaakin jatkunut imetys antoivat suojaa kätkytkuolemaa vastaan. (Hauck, Thompson, Tanabe, Moon, Vennemann 2011, 105.) Vähintään kolme kuukautta imettyjen riski sairastua atooppiseen ihottumaan on 48 % pienempi ja astmaan sairastumisen riski ennen 10 vuoden ikää on 27 % pienempi kuin vähemmän aikaa imetettyjen. On myös saatu viitteitä, että imetyksellä on ehkäiseviä vaikutuksia sekä aikuisiän että lapsuusiän lihavuuteen sekä keliakiaan. Imetys näyttäisi myös pienentävän leukemia- ja lymfoomariskiä. (Järvenpää 2009, 2090–2091.) Brasilialaistutkijoiden katsauksessa saatiin näyttöä, että imetys saattaa pienentää riskiä sairastua sekä tyypin 1 että tyypin 2 diabetekseen (Pereira, Alfenas, Araújo 2013, 14).

Imetys ensimmäisten kuuden kuukauden aikana saattaa parantaa lapsuusiän älykkyyttä. Tutkimusten mukaan imetys saattaa vaikuttaa aikuisiän lihavuuteen sekä näkyä aikuisiän alhaisempana verenpaineena ja matalampana kolesterolina, mutta nämä tulokset kaipaavat vielä lisänäyttöä. (Smithers & McIntyre 2010, 759.)

Imetyksellä on myös suotuisia vaikutuksia hampaistolle ja purennalle. Pitkään imetetyillä (ainakin 9 kuukautta) on neljä kertaa pienempi riski saada purentavirhe kuin alle 2 kuukautta imetyillä. (Keskinen 2010, 45.)

Imetys vähentää äidin vuotoriskiä synnytyksen jälkeen ja auttaa synnytyksen jälkeisessä painonhallinnassa. On myös näyttöä siitä, että imettäminen suojaa jossain määrin rinta- ja munasarjasyöviltä. (WHO 2009, 5.)

On harvoja tilanteita, jolloin imetys ei ole suositeltavaa pysyvästi tai tilapäisesti. Tällaisia syitä voivat olla äidin sairaus kuten HIV, akuutti herpesinfektio tai märkäinen infektio rinnan iholla. Runsas alkoholinkäyttö tai huumeiden käyttö on vasta-aihe imetykselle. Toisinaan imetys voidaan myös joutua keskeyttämään äidin lääkkeellisen hoidon takia. On hyvä myös huomioida, että imettävän äidin tupakointi ja tupakan savulle altistuminen lisää lapsen infektioiden, astman ja kätkeytkuolemien riskiä. (Järvenpää 2009, 2092–2093.)

3.4 Imetyksen terminologiaa

Tässä luvussa tarkastellaan imetyksen ja siihen liittyvän aihe-alueen terminologiaa.

Täysimetys ja osittainen imetys

WHO:n määritelmän mukaan täysimetys tarkoittaa sitä, että vauva ruokitaan yksinomaan imettämällä. Muut nesteet tai kiinteät ruoat eivät kuulu täysimetykseen. Lääkkeet ja vitamiinit ovat kuitenkin sallittuja. (WHO 2014 b.) Täysimetys ja D-vitamiinilisä riittävät takaamaan vauvan ravinnon ja ravintoaineiden saannin kuuden kuukauden ikään saakka (WHO 2009, 4).

Osittaisimetyksellä tarkoitetaan imetystä, jonka ohella annetaan myös muita nesteitä, kuten vettä tai äidinmaidonkorviketta, tai kiinteää ruokaa. WHO suosittelee

siirtymään osittaisimetykseen kuuden kuukauden iässä, sillä pelkkä äidinmaito ei silloin enää riitä vastaamaan lapsen energian ja ravintoaineiden tarpeeseen. Kuuden kuukauden iässä lapsen elimistö on myös riittävän kehittynyt käsitelläkseen kiinteää ruokaa. Osittaisimetystä WHO suosittelee jatkettavan kahden vuoden ikään asti. (WHO 2014 a.) Suomessa suositus on vähintään yhden vuoden ikään saakka (Kansallinen imetyksen edistämisen asiantuntijaryhmä 2009, 18, 21).

Imetysasento ja imemisote

Hyvä imetysasento edesauttaa vauvan oikeanlaisen imemisotteen saamista. Hyvä imetysasento ja oikeanlainen, tehokas imuote ehkäisevät imetysongelmia. Erilaisia imetysasentoja on useita. Lapsen tulee olla lähellä äitiä ja pään sekä vartalon tulee olla suorassa linjassa. Vauvan hamuillessa hänen päänsä kallistuu taaksepäin ja suu on nänнин kohdalla. Tätä sanotaan linnunpojan asennoksi. Oikeanlaisen imemisotteen merkkejä ovat seuraavat: lapsi avaa suunsa suurelle, rinta on syvällä lapsen suussa, nännipihaa on vähemmän näkyvissä alaleuan puolelta. Huonon imemisotteen merkkejä ovat seuraavat: vauvan suu on kapeasti auki, vauvan pää ei ole kohtisuorassa nännin kanssa, vauva on kaukana äidistä, äidin kipu imettäessä. (Rova & Koskinen 2014 a)

Niille äideille, joille on tehty keisarinleikkaus tai jotka ovat saaneet voimakkaita kipulääkkeitä tai puudutteita, tai ovat joutuneet olemaan erossa vauvastaan, on annettava kohdennettua imetystekniikan tukea. (JBI 2013 e, 3.)

Lapsentahtinen imetys

Lapsentahtisella imetyksellä tarkoitetaan sitä, että lasta imetetään aina silloin, kun lapsi ilmoittaa nälkää. Lapsentahtisessa imetyksessä lapsi saa myös itse määrätä kuinka kauan hän imee rintaa. Lapsentahtinen imetys varmistaa riittävän maidonerityksen. Imetyskertojen tiheydessä ja kestossa saattaa olla suuriakin yksilöllisiä vaihteluita ja lisäksi ne vaihtelevat lapsella kasvamisen ja päivärytmin muostumisen myötä. Ajoittain lapsi saattaa imeä rintaa muutaman vuorokauden ajan tavallista tiheämmin, jolloin äidistä saattaa tuntua, että hänen maidonerityksensä

on loppumassa. Kyse on kuitenkin tiheän imemisen kausista, joiden tarkoitus on lisätä maidon määrää. (Koskinen 2008, 33.)

3.5 Keskosen ravitseminen ja imetys

Ennen aikaisesti syntynyt lapsi eli keskonen, hyötyy äidinmaidosta erittäin paljon. Äidinmaito tukee elimistön kypsymistä ja tehostaa ravinnonottoa. (Koskinen 2008, 136.) Ennen aikaisesti syntynyt vauva ei välttämättä osaa tai jaksa imeä heti maitoa rinnasta. Jotta imetys onnistuisi, vauvan on hallittava imeminen, nieleminen ja hengittäminen. (Luukkainen & Laanterä 2010, 308.) Ennen aikaisesti syntyneen vauvan imemisen oppiminen on yksilöllistä. Siihen vaikuttavat raskauden kesto sekä vauvan yleinen vointi. (Koskinen 2008, 137.) Aluksi vauva saa äidinmaidon usein lypsettynä nenämahaletkun kautta. Vauvan voinnin salliessa siirrytään imetyksen opetteluun. (Luukkainen & Laanterä 2010, 308–309.) Täysimetukseen voidaan siirtyä vähitellen, kun vauva pystyy imemään tehokkaasti. Vauvan saamaa maitomäärää voidaan tarkkailla syöttöpunnituksilla, jossa vauva punnitaan ennen ja jälkeen imettämisen. (Koskinen 2008, 139.)

3.6 Imetys Suomessa

Suomessa imetetään Pohjoismaista vähiten. Suomi on kuitenkin imetysmyönteinen maa ja eron muihin Pohjoismaihin on ajateltu johtuvan suurista alueellisista eroista imetyksen edistämisen ja tukemisen. Tätä asiaa korjaamaan THL:n asiantuntijaryhmä on laatinut toimintasuunnitelmia imetyksen edistämiseksi. Suomen linjauksia ohjailevat EU:n ja WHO:n laatimat imetyksen edistämisen ohjelmat. Suomi näkee imetyksen edistämisen olevan tärkeä osa kansanterveyden edistämistä ja on valtiona sitoutunut tukemaan imetystä. (Kansallinen imetyksen edistämisen asiantuntijaryhmä 2009, 3.)

Suomessa noudatetaan WHO:n suositusta imetyksen kestosta. Täysimetystä suositellaan ensimmäisten kuuden kuukauden ajan ja muun ruoan ohessa vuoden ikään, haluttaessa pidempäänkin. Nämä suositukset eivät Suomessa kuitenkaan toteudu. Suomessa vuonna 2010 tehdyssä selvityksessä alle kuukauden ikäisistä lapsista täysimetettyjä on 47 % ja 8 % jäi täysin ilman imetystä. Kuuden kuukauden ikään

asti täysimetettyjä oli alle prosentti ja imetys oli kokonaan lopetettu 42 %:lla lapsista. Imetyksen keskimääräinen kesto oli kolme kuukautta. (Uusitalo, Nyberg, Pelkonen, Sarlio-Lähteenkorva, Hakulinen-Viitanen & Virtanen 2012, 20.)

Imetyksen kestoja lyhentävät selvästi vanhempien alhainen koulutustaso, tupakointi ja yksinhuoltajuus. Myös äidin alhainen ikä vaikuttaa epäsuotuisasti imetyksen keston. Perheen ensimmäisen lapsen täysimetys kestää vähemmän aikaa kuin seuraavien lasten. Ennenaikaisena syntyneitä ja pienipainoisia lapsia imetetään vähemmän. Täysimetyksessä on jonkin verran alueellisia eroja, kokonaisimetystä katsottaessa erot tasoittuvat. (Uusitalo, Nyberg, Pelkonen, Sarlio-Lähteenkorva, Hakulinen-Viitanen & Virtanen 2012, 21–33.)

Imetystä tukevia käytäntöjä ovat koulutetun terveydenhuollon ammattilaisen antama yksilöllinen ohjaus ja tuki, joka jatkuu äitiysneuvolasta synnytyssairaalaan ja lastenneuvolaan, kohdennettu tuki riskiryhmille, perheen positiivinen tuki, vertaistuki sekä synnytyssairaalan vauvamyönteisyys (Raskaana olevan, synnyttävän ja synnyttäneen äidin sekä perheen imetysohjaus: Hoitotyön suositus, 2010).

Laanterä (2011) tutki raskaana olevien äitien ja heidän puolisoitensa tietämystä imetyksestä ja asenteita imetystä kohtaan. Tutkimukseen osallistui kahdeksan suomalaisen äitiysneuvolan asiakkaita. Imetystietämystä mitattaessa oikeiden vastausten määrä vaihteli 28 %:sta 94 %:iin. Vähiten vastaajilla oli tietämystä imetys-suosituksesta, siitä miten lisätä maidontuloa, veden antamisesta kuumana päivänä sekä äidinmaidon lypsämisestä alkoholinkäytön jälkeen. Joillakin vastaajien taustatekijöillä oli vaikutusta tietämyksen määrään. Vähemmän oikeita vastauksia saivat miehet, ensisynnyttäjät, yksin asuvat, tupakoivat ja ne, joiden raskaus oli 1. tai 2. trimesterillä sekä ne, jotka eivät tietäneet kuinka heitä oli imetetty. Kaikista vähiten oikeita vastauksia saivat alle 25-vuotiaat vastaajat sekä ammatillisen koulutuksen saaneet. (Laanterä 2011, 60.)

3.7 Imetys eri kulttuureissa

Syntymämaan mukaan katsottuna, 5,2 % Suomen väestöstä on ulkomaalaisia. Eniten ulkomaalaistaustaisia on entisen Neuvostoliiton alueelta, Virosta ja Ruotsista.

Suomessa on maahanmuuttajia paljon myös Venäjältä, Somaliasta, Kiinasta ja Irakista. (Väestöliitto 2014.) Ulkomailla syntyneiden lisäksi Suomen sisällä on eri kulttuureja kuten romanit ja saamelaiset. Vuonna 2008 romaneja arveltiin olevan Suomessa 10 000–12 000, saamelaisia hieman alle 2000 (Tilastokeskus 2009).

Eri kulttuureista olevien äitien imetysohjauksessa on hyvä muistaa muutamia erityispiirteitä. Kulttuurien erilaiset käsitykset synnytyksestä, lapsivuodeajasta ja imetyksestä täytyy ottaa huomioon. Tämä vaatii hoitajalta tietoa eri kulttuurien käytännöistä sekä aitoa kiinnostusta asiakkaan kulttuuria kohtaan. Monissa kulttuureissa synnyttäjän oma äiti ja muu lähipiiri ovat merkittävässä roolissa ja heidän on tärkeää ottaa mukaan imetysohjaukseen. (Kolanen & Koskinen 2014.)

Useissa kulttuureissa kolostrumin katsotaan olevan kelvotonta ravintoa. Ensi-imetyksen merkitys tulee kertoa, mutta äidin tulee antaa itse valita milloin hän haluaa aloittaa imettämisen. Luovutetun äidinmaidon annossa tulee olla tarkkana. Islamilainen kulttuuri ei suosi äidinmaidon luovuttamista, sillä saman äidin maitoa saaneista vauvoista tulee kulttuurin mukaan juridisesti sisaruksia, eivätkä he voi mennä naimisiin keskenään. Joissakin itämaisissa kulttuureissa luovutettu äidinmaito hyväksytään vain, jos luovuttajan vauva on samaa sukupuolta oman vauvan kanssa. Joissakin äidinmaidonkorvikkeissa on saatettu käyttää sianrasvaa estämään paakkuuntumista. Tällaista maitoa ei tule antaa muslimin lapselle. Joissakin kulttuureissa äidinmaidonkorvikkeen ajatellaan olevan parasta ravintoa vauvalle. (Deufel & Montonen 2010 g, 497–499.)

Imettämiseen saattaa liittyä myös häveliäisyys ja puhtaussääntöjä. Synnyttänyt äiti saatetaan katsoa likaiseksi ja myös äidinmaitoa voidaan pitää likaisena. Imettämisen muiden nähden on joissakin kulttuureissa epäsoveliaista. (Deufel & Montonen 2010 g, 497.)

Imetyksen kesto vaihtelee eri kulttuureissa. Joissakin kulttuureissa imettämistä jatketaan vain hyvin vähän aikaa, kun taas toisissa kulttuureissa sitä saatetaan jatkaa jopa neljän vuoden ikään saakka. Lapsen sukupuolella saattaa joissakin kulttuureissa olla merkitystä imetyksen keston. (Deufel & Montonen 2010 g, 498.)

Mikäli yhteistä kieltä äidin kanssa ei ole, tulee käyttää tulkkia. Tulkin avulla varmistetaan, että äiti saa riittävästi tietoa ja kykenee tekemään tietoon perustuvia valintoja. Tulkin on hyvä olla nainen. Erikielisiä oppaita voi käyttää, mutta maahanmuuttajaäiti saattaa olla lukutaidoton, jolloin on hyvä käyttää kuvallisia oppaita ohjauksen tukena. (Kolanen & Koskinen 2014.)

4 IMETYKSEN OHJAAMINEN JA TUKEMINEN

Suomessa imetystä ohjataan ja tuetaan äitiysneuvolassa, sairaalassa ja lastenneuvolassa. Ohjausta ja tukea linjaa vuonna 2010 Hoitotyön Tutkimussäätiön julkaisema hoitotyön suositus. (Raskaana olevan, synnyttävän ja synnyttäneen äidin sekä perheen imetysohjaus: Hoitotyön suositus, 2010.) Terveystieteiden tutkimuskeskuksen on tarjolla myös WHO:n ja UNICEF:in kehittämä 20 tuntia kestävä imetysohjaajakoulutus (THL 2012). Myös kolmannella sektorilla on tarjolla ohjausta ja tukea. Esimerkiksi Imetyksen tuki ry tarjoaa muun muassa imetystukipuhelinpalvelua sekä kaikille avoimia imetystiedon peruskursseja sekä imetystukiäitikursseja (Imetyksen tuki ry 2014).

4.1 Imetyksen ongelmat

Vaikka imetys on luonnollinen asia, se ei aina suju ongelmitta. Hannulan vuonna 2003 tekemässä suomalaisten synnyttäjien seurantatutkimuksessa selvitettiin muun muassa imetykseen liittyviä ongelmia. Ongelmia kartoitettiin rintoihin, maidon eritykseen sekä lapsen imemisongelmiin liittyen. Vain 27 % vastaajista koki, ettei rintoihin ja maidoneritykseen liittynyt mitään ongelmia. Eniten (20 %) ongelmia aiheutti maidon suihkuaminen paineella. Äideistä 19 % koki maidonerityksensä liian vähäiseksi ja 13 %:lla maito ei lähtenyt virtaamaan. Muita ongelmia olivat rintojen pakkautuminen, rintatulehdukset, rinnanpäiden haavaumat, matalat rinnanpäät ja tukos maitotiehyessä. Lapsen liittyviä ongelmia oli vähemmän. Vastaajista 43 % koki, ettei ongelmia ollut ollenkaan. Suurin osa lapseen liittyvistä imemisongelmista johtui siitä, ettei lapsi saanut kunnon otetta rinnasta (19 %). Vastaajista 13 %:lla lapsi oli unelias ja 10 %:lla lapsi keskeytti imemisen. Muita lapsen imemiseen liittyviä ongelmia olivat rinnan hylkiminen, lapsen osaamattomuus imeä, itkeminen rinnalla, lapsen keltaisuus, lapsen tai äidin imetystä hankaloittava sairaus ja liian vähäinen painonnousu. (Hannula 2003, 90–91.)

Runsas maidon erityks ja heruminen saa maidon suihkuamaan rinnoista, tämä voi vaikeuttaa vauvan syömistä. Maitoa voi antaa suihkuta esimerkiksi harsoon ennen vauvan syöttämistä. Jos maidoneritystä halutaan vähentää, voidaan kaksi tai useampi perättäinen syöttö tehdä samasta rinnasta, jolloin rintojen stimulaation vähe-

tessä maidontuotanto laskee. Jos on tarpeellista, toista rintaa voidaan lypsää sen verran, että pahin pingotus helpottaa. Myös maidon luovuttamista kannattaa harkita jos maitoa muodostuu runsaasti. (Tiitinen 2014 b.)

Kokemus oman maidon riittämättömyydestä on yleisin syy imetyksen lopettamiselle. Äidin kokemus maidon riittävydestä tulee ottaa tosissaan ja hänen kanssaan tulee keskustella tekijöistä, jotka voivat vaikuttaa maidon erittymiseen. Maidon eritystä voivat vähentää esimerkiksi äidin stressi ja masennus, liian harvat imetyskerrat, huono imetysasento tai vauvan vääränlainen ja tehoton imemisote. (JBI 2014 a, 1–3.) Imettämisen tai lypsämisen tulisi tapahtua vähintään kahdeksan kertaa vuorokaudessa, joista 1-2 kertaa tulisi tapahtua yöllä. Maidon riittävyttä voidaan arvioida seuraamalla vauvan yleisvointia, painonnousua sekä virtsaamisen ja ulostamisen määrää (Rova & Koskinen 2014 b.) Joissakin tapauksissa maidontuloa voidaan lisätä myös lääkkeellisesti. Metoklopramidi lisää maidoneritystä säätelemällä dopamiinin ja prolaktiinin erittymistä. Oksitosiini annettuna suun limakalvolle ennen imetystä saa maitotiehyet supistelevaan, jolloin maitoa puristuu vauvan suuhun. Tämä voi olla avuksi maidonerityksen lisäämisessä niillä äideillä, joiden vauva imee heikosti. (Tiitinen 2014 b.)

Jos maito ei lähde kunnolla herumaan, syinä saattavat olla esimerkiksi imetykseen liittyvä kipu, jännitys, väsymys tai stressi. Herumisen käynnistymistä voi yrittää helpottaa rentoutumalla, lämmön avulla, keskittymällä ja olemalla kontaktissa vauvan kanssa. (Rova & Koskinen 2014 b.)

Noin 2-4 vuorokauden kuluttua synnytyksestä maito nousee rintoihin ja voi aiheuttaa rintojen pakkautumisen. Maidonnousun lisäksi rintojen verenkierto on lisääntynyt ja rinnoissa on turvotusta. (Rova & Koskinen 2014 b.) Tämä voi aiheuttaa äidille vilunväristyksiä ja rinnat voivat olla punoittavat sekä kivuliaat (Tiitinen 2014 b). Tiheät imetykset, viileät kääreet ja rintojen kevyt hieronta helpottavat oireita. Jos oireet eivät parissa vuorokaudessa helpota, on tarkistettava, että äiti imettää riittävän tiheästi. Myös vauvan imemisote ja imemisen tehokkuus on tarkastettava. (Rova & Koskinen 2014 b.)

Jos rinta ei pääse tyhjenemään kunnolla, voi seurauksena olla tiehyetukos ja rintatulehdus. Oireina voivat olla kova, aristava patti rinnassa, punoitus rinnassa, kuumuus ja lihassärky. Ensiapu sekä tiehyetukokseen että rintatulehdukseen on rinnan tehokas tyhjentäminen. Tyhjenemistä voi tehostaa tiheillä imetyksillä, imetysasentoja vaihtelemalla sekä lypsämällä, jos vauva ei ime tehokkaasti. Lämmin kääre tehostaa herumista. Riittävä lepo ja nesteytys ovat tärkeitä. Tulehduskipulääkkeitä voi käyttää, joskus rintatulehdus vaatii myös antibioottikuurin. (Rova & Koskinen 2014 b.)

Monet ongelmat ovat varsin tavallisia ja myöskin ohimeneviä, jos äiti saa riittävää asiantuntevaa ohjausta. Ongelmat voivat saada äidin epävarmaksi ja tuoda tunteen siitä, että hän ei kelpaa lapselle. Lisäksi huoli lapsen riittävästä ravinnonsaannista ja terveydestä tuovat äidille stressiä. (Koskinen 2008, 84.)

4.2 Imetyksen tukeminen

Imetys on monille naisille varsin herkkä ja henkilökohtainen asia. Rinnat ovat naisen intiimialuetta ja imetys koetaan liittyvän vahvasti hyvään äitiyteen. (Koskinen 2008, 50.) Sosiaalinen tuki ja arvostus auttavat äitiä selviytymään imetyksestä paremmin. Tukea voivat antaa niin puoliso, ystävät kuin terveydenhuollon ammattilaisetkin. Sosiaalisen tuen muotoja ovat seuraavat: *Emotionaalinen eli affektiivinen tuki*, jolla tarkoitetaan toisesta välittämisen osoittamista. Emotionaalista tukea ovat kannustaminen, arvostaminen, luottamuksen osoittaminen, rohkaisu, kehuminen ja hyvän huomaaminen; *Konkreettinen eli instrumentaalinen tuki*, joka voi olla esimerkiksi ajan antamista, taloudellista tukea tai kodin hoidossa auttamista; *Päätöksenteon tuki eli informatiivinen tuki* on ohjaamista sekä tiedon ja suositusten antamista. Informatiivinen tukija keskustelee, etsii ratkaisuja ja löytää onnistumisia yhdessä äidin kanssa; *Arvostava tuki* tarkoittaa myönteisen palautteen antamista, itseluottamuksen vahvistamista, ymmärtämistä ja hengessä mukana olemista. (Deufel & Montonen 2010 a, 151.)

Monet suomalaisista äideistä aloittavat lisäruoan antamisen viiden ensimmäisen viikon aikana synnytyksestä. Riittävä tuki alkumetreilla on siis ensiarvoisen tärkeää. (Deufel & Montonen 2010 a, 151.) Kahdessa eteläsuomalaisessa sairaalassa

vuosina 2006–2008 tehdyssä tutkimuksessa tutkittiin äitien saamaa sosiaalisen tuen määrää lapsivuodeosastolla. Tulokset tuen määrästä vaihtelivat tuen puuttumisesta todella runsaaseen tukeen. Keskimäärin äidit kokivat lapsivuodeosastolla saamansa tuen kohtalaiseksi. Äidit kokivat saaneensa parhaiten päätöksenteon tukea. (Salonen, Kumpula, Oommen, Kaunonen 2013, 8.)

Isän rooli imetyksen tukijana on merkittävä. On tärkeää ottaa isä mukaan imetysohjaukseen, jotta hän ymmärtää imetyksen merkityksen ja osaa tukea äitiä tarvittavalla tavalla. Toisinaan isä voi tuntea imetyksen takia ulkopuolisuutta ja tämä voi houkutella siirtymään pulloruokintaan. Isää tulee alusta asti tukea löytämään omat hetkensä kiintymyssuhteen luomiselle, kuten kylvettäminen ja lohduttaminen. (Deufel & Montonen 2010 a, 158–161.) Iivarisen laadullisessa tutkimuksessa haastateltiin ensisynnyttäjä-äitejä sekä heidän puolisoitaan. Tutkimuksessa isät kokivat saaneensa liian vähän tukea ja ohjausta sairaalassa. Silti heillä oli tietoa monista käytännön asioista. Äidit kokivat puolisoidensa avun merkittäväksi voimavaraksi. Isät olivat auttaneet imetysasentojen ja hyvän imemisotteen kanssa. Puolisot olivat olleet apuna myös alkavien rintaongelmien kanssa sekä tukeneet väsynyttä äitiä. (Iivarinen 2007, 44.)

Äidin omalla äidillä, sisarilla ja ystävillä on suuri merkitys imetykseen suhtautumiseen. Myös muun ympäristön suhtautumisella on merkityksensä. Imetystukiryhmät ja internetissä tarjolla oleva tuki ovat tärkeitä tukimuotoja. (Deufel & Montonen 2010 a, 162–163.)

Vuonna 2011 julkaistussa, Yhdistyneessä Kuningaskunnassa tehdyssä laadullisessa tutkimuksessa haastateltiin 20 ammattilaista sekä 23 äitiä korvikeruokintaan johtavista syistä. Tulokset ammattilaisten ja äitien välillä olivat yhteneväisiä. Tuen puute oli yksi merkittävistä korvikeruokintaan johtaneista syistä. Äidit kokivat, etteivät he saaneet tukea imetyksen ongelmiin ammattilaisilta tai eivät tienneet mistä tukea olisi pitänyt hakea. He eivät saaneet tukea imetykseen myöskään lähipiiriltään tai ympäristöltään. Äitien lähipiirissä ja ympäristössä korvikeruokinta nähtiin normaalimpana ruokintatapana kuin imetys. Imetyksen tukemisen sijaan saatettiin helposti ehdottaa korvikeruokintaan siirtymistä. Korvikeruokintaan saa-

tettiin myös houkutella, kun lähipiiri halusi osallistua vauvan hoitamiseen syöttämällä tätä. (Brown, Raynor, Lee 2011, 1996–1998.)

4.3 Imetyksen ohjaaminen

Asiantunteva ohjaus tuo apua erityisesti niihin tilanteisiin, kun imetyksen käynnistymisessä on vaikeuksia tai imetyksessä tulee ongelmatilanne (Deufel & Montonen a, 165). Imetyksen ohjaaminen vaatii ammattilaiselta koulutusta sekä omien asenteiden tunnistamista. Äidit luottavat koulutettuun apuun paremmin kuin vertaistukeen. (Raskaana olevan, synnyttävän ja synnyttäneen äidin sekä perheen imetysohjaus: Hoitotyön suositus, 2010.)

Imetysohjausta tulisi antaa äideille, puolisoille ja perheille. Ohjauksen tulisi sisältää tietoa imetyksen hyödyistä ja imetyksen vaikutuksista elämäntapaan. Ohjausta tulee antaa myös siitä, miten rinnat tuottavat maitoa ja miten tunnistaa vauvan nälkäviestit. Ohjauksen tulee sisältää tietoa erilaisista imetysasennoista, oikeanlaisesta imemisotteesta, maidon erittymisestä sekä siitä, miten ehkäistään imetysongelmia, miten niistä voi selvitä ja milloin ja mistä voi hakea apua. Myös ihokontaktin hyödyistä tulee kertoa. (JBI 2014 b, 5–6.)

Ohjauksen on oltava yksilöllistä ja perheen tarpeita vastaavaa. Ohjauksessa on hyvä käyttää erilaisia keinoja kuten kirjallista materiaalia, kasvokkain annettua ohjausta sekä vertaistukea. Erityistä tukea tarvitsevat äidit ja perheet tulee tunnistaa ja heille tulee antaa kohdennettua tukea. Perheenjäsenet tulee huomioida imetysohjauksessa potentiaalisina imetyksen tukijoina. (Raskaana olevan, synnyttävän ja synnyttäneen äidin sekä perheen imetysohjaus: Hoitotyön suositus, 2010.)

Imetysohjauksen on oltava ammattitaitoista äitiysneuvolasta synnytysosastolle ja lastenneuvolaan (Raskaana olevan, synnyttävän ja synnyttäneen äidin sekä perheen imetysohjaus: Hoitotyön suositus, 2010). Vuonna 2010 tehdyn selvityksen mukaan terveydenhoitajan imetysohjaajakoulutuksella oli jonkin verran merkitystä imetyksen kestoon (Uusitalo, Nyberg, Pelkonen, Sarlio-Lähteenkorva, Hakulinen-Viitanen & Virtanen 2012, 34).

Naiset toivovat tutkimusten mukaan ohjaamiselta aitoa kohtaamista. Kiireetön ilmapiiri, jossa äiti ja ohjaaja käyvät dialogia, helpottaa imetyksen onnistumista. Rohkaiseminen, kannustaminen ja henkilökohtaisen ohjaussuhteen luominen edistävät imetyksen onnistumista, kun taas kaavamainen ohjaaminen, jossa ei huomioida tilannetta yksilöllisesti, vaikuttaa negatiivisesti imetyksen jatkumiseen. (JBI 2010, 2–3.)

Henkilökunnan kiire ja hoidon pirstaleisuus johtavat ristiriitaisiin ohjeisiin ja saavat äidit hämmentymään ja tuntemaan, että heidän tarpeensa eivät tule kuulluiksi. Synnytysosastolla äidit ovat tunteellisesti herkimmillään ja ohjaajalta vaaditaan erityistä hienotunteisuutta ohjaamiseen. Äidit tuntevat helposti, että heitä syyllistetään tai painostetaan ja tämä vähentää heidän haluaan imettää. (JBI 2010, 2–3.)

Hannulan (2003, 107) seurantatutkimukseen osallistuneiden osastojen välillä oli selviä eroja imetysohjauksen määrässä. Toisilla osastoilla ohjaus oli koettu riittävämmäksi kuin toisilla. Ohjauksen riittävyys oli yhteydessä parempaan imetyksestä selviämiseen kotiinlähtötilanteessa. Iivarisen tutkimuksessa (2007, 37–38, 57–58) vanhemmat saivat ohjausta keskustelemalla hoitohenkilökunnan ja huone-toverien kanssa, potilasohjeista ja oppaista sekä potilashuoneiden seinillä olevista kuvatauluista. Vanhemmat toivoivat, että imetysohjauksessa kyseltäisiin vanhempien tarpeita. Hoitajien tulisi olla enemmän läsnä ja antaa ohjausta myös silloin, kun puoliso on käymässä. Ohjauksen he toivoivat olevan ”kädestä pitäen annettua” ja ”rautalangasta väännettyä”. Vanhempien mielestä sairaalassa tulisi kertoa mahdollisista ongelmatilanteista enemmän. He toivoivat enemmän keskustelua myös siitä, että imetys voi aiheuttaa negatiivisiakin tunteita. Vanhemmat toivoivat myös enemmän tietoa maidon riittävydestä ja miten sitä voi arvioida.

4.4 Keskosvauvan imetyksen ohjaaminen ja tukeminen

Ennenaikaisesti syntyneen eli keskosvauvan vanhemmat tarvitsevat erityistä tukea. Vauvan ennenaikainen syntymä aiheuttaa huolta ja usein myös syyllisyyden tunteita. Vanhempia tulee tukea osallistumaan vauvansa hoitoon heti alusta alkaen. Kenguruhoito, jossa vauva on pelkällä vaipalla vanhempansa paljaalla rinnalla hyvin peiteltyä, on erittäin tärkeää. Se auttaa vanhempia tuntemaan itsensä osal-

lisiksi vauvansa hoidossa ja saa myös äidin maidonerityksen lisääntymään. Iho-kontakti rauhoittaa vauvaa ja runsas läheisyys tukee vauvan kasvamista. Kenguru-hoidossa olleet lapset myös kotiutuvat useammin täysimetettyinä ja heitä imetetään pidempään. (Koskinen 2008, 136–138.)

Lypsämisen ohjaaminen on keskosvauvan äidille hyvin tärkeää. Lypsäminen tulisi aloittaa ensimmäisen kuuden tunnin aikana synnytyksestä. Lypsäminen auttaa maidonerityksen käynnistymisessä ja ylläpitämisessä siihen asti kunnes vauva kykenee imemään rinnasta kunnolla. Äidille on varmistettava paikka, missä hän voi lypsää rauhassa. Lämpö ja vauvan läheisyys auttavat herumisen käynnistymisessä.

Ensimmäisinä päivinä maitomäärät ovat vähäisiä. Äidille tulee antaa myönteistä palautetta ja kannustusta pienistäkin maitomääristä. (Luukkainen & Laanterä 2010, 305–307.)

Kenguruhoidossa vauva saa olla suunnitelmallisesti ja säännöllisesti iho-kontaktissa äidin tai muun henkilön paljaalla rinnalla. Lapsi tuetaan rinnalle tukisidoksella. Ihanteellisimmillaan vauva saa olla kenguruhoidossa ympäri vuorokauden, mutta myös jaksottainen kenguruhoito on tärkeää. (Ikonen, Ruohotie, Ezeonodo, Mikkola, Koskinen 2014.) Imetykseen tutustuminen aloitetaan kenguruhoidossa, jossa ihokontakti ja maidon tuoksu auttavat vauvaa (Koskinen 2008, 137).

Ennenaikaisesti syntynyt vauva saattaa olla uninen tai imeminen voi olla heikkoa. Äitiä tulee ohjata miten vauvaa voi yrittää saada virkistymään ja tunnistamaan milloin vauvan vireystila on oikea imettämiselle. Oikeanlaisen imemisotteen löytymistä tulee ohjata ja vauvan imemisessä on huomioitava miten imemisen, hengittämisen ja nielemisen yhdistäminen onnistuu. (Luukkainen & Laanterä 2010, 304–305.) Kenguruhoidossa äiti huomaa vauvan vaimeatkin viestit helpommin ja vauvalla on tilaisuus harjoitella imemistä useammin. Vauvan asento tulee olla hyvin tuettu ja äiti voi tukea rintaa C-otteella helpottaakseen vauvaa saamaan kunnollisen imemisotteen rinnasta. (Koskinen 2008, 137–138.) Opettelu on hyvä aloittaa lypsämisen jälkeen, jolloin rinta on pehmeä ja vauvan on helpompi yhdistää hengittäminen ja nieleminen. Äiti voi myös puristaa maitopisaroita vauvan

suuhun, jos tämä ei vielä jaksa imeä. (Luukkainen & Laanterä 2010, 309.) Jotkut keskoset hyötyvät rintakumin käytöstä, sillä se antaa vauvalle voimakkaamman ärsykkeen, joka saa vauvan imemään tehokkaammin (Koskinen 2008, 138–139).

4.5 Imetysluottamus ja imetyssuunnitelmat

Äidin hyvällä imetysluottamuksella ja suunnitelmilla imetyksen kestosta on huomattu olevan yhteys imetyksen keston. Suomessa vuonna 2012 tehdyssä tutkimuksessa tutkittiin vastasyntyneiden imetysluottamusta lapsivuodeosastolla. 71 % äideistä koki selviytyvänsä imetyksestä hyvin tai erittäin hyvin. Vastaava luku vuonna 1996 tehdyssä tutkimuksessa oli 59 %. Eniten äidit kokivat epävarmuutta maidon riittävyyden arvioinnissa. Hyvä imetysluottamus on voimakkaasti yhteydessä imetyksestä selviämiseen. (Koskimäki, Hannula, Rantanen, Kaukonen Rekola, Tarkka 2012, 8.) Hyvää imetyksestä selviytymistä edistävät myös riittävä ohjaus ja äidin psyykkinen hyvinvointi. Uudelleensynnyttäjien selviäminen on parempaa kuin ensisynnyttäjien. Vaikea synnytys ja runsas lisämaidon antaminen vauvalle heikentävät imetyksestä selviämistä. (Hannula, Leino-Kilpi, Puukka 2006, 18.)

Äitien asenteet imetystä ja äidinmaitoa kohtaan vaikuttavat imetyksen keston. Äidit, jotka ajattelevat, että korvikemaito ei ole yhtä hyvää vauvalle kuin äidinmaito tai pitävät kuuden kuukauden täysimetystä oikeana ja tunnustavat äidinmaidon terveyshyödyt, täysimettävät ja jatkavat imetystä lisäruoan ohella pidempään. Äidit, jotka kokevat imetyksen luontevaksi sosiaalisissa tilanteissa, täysimettävät pidempään. (Stuebe & Bonuck 2011, 415.) Turun yliopistollisessa sairaalassa vuonna 2006 tehdyssä tutkimuksessa saatiin näyttöä siitä, että äitien suunnitelmat täysimetyksestä pidentävät sekä täysimetyksen että kokonaisimetyksen kestoa verrattuna niihin, jotka jo sairaalassa suunnittelevat äidinmaidonkorvikkeen antamista imetyksen ohella. Täysimetystä suunnittelevat äidit alkoivat antaa korviketta ja lisäruokaa myöhemmin. Tutkimuksessa kartoitettiin myös ruokintapäätökseen vaikuttaneita tekijöitä. Juuri synnyttäneet äidit arvioivat, että ruokintapäätökseen vaikuttavat eniten äitiysneuvolan kätilö, erilaiset oppaat ja esitteet, sairaalan henkilökunta ja äidin omat tuntemukset. (Rousku, Isolauri, Laksio, Laitinen 2010, 3422–3423.)

Vuonna 2011 kahdeksassa suomalaisessa äitiysneuvolassa tehtiin kysely, jossa tutkittiin lasta odottavien vanhempien asenteita ja odotuksia imetykseen sekä äitien imetysluottamusta ja taustatekijöiden merkitystä niihin. Vastaajista 62 % oli sitä mieltä, että imetys on äidille väsyttävää ja 20 % piti imetystä vaikeana. Useimmilla vastaajilla oli perhekeskeinen näkemys imetykseen ja 60 % vastaajista piti molempien vanhempien osallistumista vauvan ruokkimiseen tärkeänä. Tutkimuksessa 56 % äideistä ja 86 % isistä oli sitä mieltä, että äidin tulisi imettää vauvaa jos isä niin haluaa vaikka äiti ei itse haluaisi imettää. Vastaajista 11 % oli huolissaan siitä, että imettäminen vaikuttaisi negatiivisesti isään. Naisilla, uudelleensynnyttäjillä, yli 26 vuotiailla, korkeammin koulutetuilla ja niillä joilla oli enemmän tietämystä imetyksestä, oli positiivisempi asenne imetykseen. Tutkimuksessa selvitettiin myös odottavien äitien imetysluottamusta. Luottamus oli selvästi parempi uudelleensynnyttäjillä. Imetysluottamukseen vaikuttivat myös äidin tietämys imetyksestä sekä äidin asenne imetystä kohtaan. (Laanterä 2011, 66–68.)

Äidin epävarmuus maidon riittävydestä saattaa johtaa korvikeruokintaan siirtymiseen. Äidit kokevat paljon painostusta sekä ammattilaisilta että lähipiiriltään vauvan painon nousun suhteen. Äidit myös vertailevat imetettyjä vauvojaan lähiympäristön korvikeruokittuihin vauvoihin. He saattavat päätellä, että heidän maitonsa ei riitä, jos he syöttävät vauvaansa useammin tai heidän vauvansa ei kasva yhtä nopeasti kuin korvikeruokittu vauva. (Brown, Raynor, Lee 2011, 1996–1998.)

4.6 Sairaalan imetystä tukevat käytännöt

Sairaala voi tukea imetystä erilaisin käytännöin. Seuraavassa esitetään sairaalan imetystä tukevia käytäntöjä, jotka ovat yhteydessä vauvamyönteisyyteen.

Imetysohjaajakoulutus

Suomessa järjestetään WHO:n ja Unicefin imetysohjaajakoulutusta. Imetysohjaajakoulutus on suunniteltu raskaana olevien, imettävien ja vastasyntyneiden parissa työskenteleville, kuten kätilöille, sairaanhoitajille ja lääkäreille. Koulutus on 20 tunnin mittainen, sisältäen sekä teoriaa että käytännön harjoittelua ja se antaa pe-

rusvalmiudet imetysohjaukseen. (THL 2012.) Imetysohjaajakoulutus antaa tietoa ja taitoja, joiden avulla päästään lähemmäksi vauvamyönteisyyden toteutumista. Koulutuksessa käydään läpi Kymmenen askelta onnistuneeseen imetykseen. Koulutuksen käytyään työntekijä osaa toteuttaa vauvamyönteisyyden kymmentä askelta työssään. (THL 2012.)

Henkilökunnan imetysohjaajakoulutus nostaa merkittävästi täysimetyksen kestoa (JBI 2013 c, 2).

Ihokontakti

Vauva tulisi asettaa alastomana äidin paljaalle rinnalle välittömästi syntymän jälkeen tai niin pian kuin mahdollista. Vauva tulee kuivata ja peitellä lämpimästi. (JBI 2013 b, 1–2.) Vauvamyönteisyyden kymmenen askeleen mukaan ihokontaktin tulisi jatkua vähintään tunnin ajan (THL 2012).

Vauvoja, jotka saavat olla varhaisessa ihokontaktissa, imetetään todennäköisemmin. Heitä myös imetetään pidempään. (JBI 2013 b, 2–3.) Tutkimuksissa on saatu viitteitä siitä, että ihokontaktissa olevien vauvojen ensimmäinen imetys sujuu helpommin kuin sellaisten vauvojen, jotka eivät ole olleet ihokontaktissa. (Moore, Anderson, Bergman, Dowswell 2012, 15–16.)

Ihokontaktissa olevat vauvat itkevät vähemmän ja heidän sydämen toimintansa, hengityksensä, lämmönsäätelynsä ja verensokerinsa pysyvät tasaisempina (JBI 2013 b, 2). Ihokontaktista on hyötyä myös äidille, sillä tutkimusten mukaan keisarileikkauksesta toipuvat äidit tarvitsevat vähemmän kipulääkkeitä, kun heillä on vauva ihokontaktissa. (Moore ym. 2012, 16–18.) Useimmat äidit kokevat ihokontaktin parantavan yhteenkuuluvuutta vauvan kanssa (JBI 2013 b, 1).

Varhainen ja katkeamaton ihokontakti edistää ensi-imetyksen onnistumista. Ihokontaktissa vauvan luontaiset imemiseen liittyvät refleksit heräävät. Vauva alkaa ryömiä kohti äidin rintaa, hapuilla käsillä, hamuilla suullaan ja lopulta imeä rintaa. (Deufel & Montonen 2010 b, 408.)

Ensi-imetys varhaisessa vaiheessa

Vuonna 2013 tehdyn JBI-katsauksen mukaan äidin ja vauvan tulisi saada olla katkeamattomassa ihokontaktissa ensi-imetykseen asti. Punnitus, kylvetys ja muut toimenpiteet tulee tehdä vasta ensi-imetyksen jälkeen. (JBI 2013 b, 1–3.) Äiti ja vauva ovat herkimmillään heti syntymän jälkeen ja vauvan imemisrefleksi on pian syntymän jälkeen voimakkaimmillaan. Nämä seikat edesauttavat imetyksen luonnollista käynnistymistä. Varhaisen ensi-imetyksen on todettu ennustavan pidempää kokonaisimetyksen kestoa. (Deufel & Montonen 2010 b, 405–409.) Ensi-imetys tunnin sisällä synnytyksestä ja sen onnistuminen vähentävät lisämaidon käyttöä sairaalassa (Hannula, Rytönen, Kumpula, Puukka, Helenius, Pakola 2008, 16). Vauvat pystyvät useimmiten ryömimään itse rinnalle sekä tarttumaan siihen. Vauvan on annettava edetä omassa tahdissaan, jottei luonnollinen hamuilu ja kunnollisen imemisotteen saaminen häiriinny. (Koskinen 2008, 75.)

Vanhemmat kokevat varhaisimetyksen tärkeäksi ja onnistunut varhaisimetys lisää heidän tyytyväisyyttään ja ylpeyttään. Myös äidit, joille on tehty keisarileikkaus, kokevat varhaisimetyksen tärkeäksi. Vanhemmat kokevat varhaisimetyksen sujuvan usein luonnostaan, eivätkä he koe tarvitsevänsä tilanteeseen varsinaista ohjausta. Vanhemmat toivovat henkilökunnalta kuitenkin valppautta ja tarkistusta siitä, että vauva pääsee alkuun. (Iivarinen 2007, 27–28.)

Vierihoido

Vierihoido edistää äidin ja vauvan vuorovaikutusta sekä kiintymyssuhteen muodostumista. Vierihoidossa äiti oppii lukemaan vauvaa ja vastaamaan tämän tarpeisiin. Vierihoido edistää imetyksen käynnistymistä ja sujumista, sillä vierihoidossa lasta on helppo imettää lapsentahtisesti. Vauvat ovat tyytyväisempiä äidin lähellä, jolloin ajatus lisäruoan tarpeesta ei synny niin helposti. (Deufel & Montonen 2010 d, 428.)

Vanhemmat kokevat vierihoidon luonnolliseksi ja parhaaksi tavaksi opetella vauvan hoitoa. He kokevat saavansa tutustua vauvaan ja vauvanhoitoon omassa rauhassa. He kokevat hyväksi mahdollisuuden kutsua apua sitä tarvittaessa. Isät osal-

listuisivat mielellään vierihoitoon enemmän, mutta perhehuoneiden puute ja tilojen ahtaus eivät aina tee siitä mahdollista. (Iivarinen 2007, 31–33.)

Lisämaidon välttäminen

Vuosina 2004–2005 kerättiin tietoa lisämaidon antamisesta vastasyntyneelle lapsivuodeosastolla. Tutkimukseen osallistui kahden eteläsuomalaisen synnytyssairaan hoitohenkilökunta. Kyselyssä 86 % hoitajista vastasi, että vastasyntynyt ei tarvitse lisämaidon, silti tutkimuksen aikana kaikista vauvoista 74 % sai lisämaidon sairaalassa. Lisämaidon antamiseen päädyttiin useimmiten vanhempien toivomuksesta tai hoitajan päätöksestä. Tavallisin syy päätökseen oli se, että vauva vaikuttaa nälkäiseltä. (Hannula ym. 2008, 16.) Imetykseen liittyvissä asioissa äidit kokevat pystyvänsä arvioimaan heikoiten maidon riittävyttä (Koskimäki ym. 2012, 7). Eteläsuomalaisessa sairaalassa tehdyssä tutkimuksessa äideistä vain 10 % oli täysin samaa mieltä siitä, että äiti kykenee itse arvioimaan vauvan ravinnon riittävyttä. (Tilli, Kaunonen, Hannula, Halme, Tarkka 2011, 6.)

Iivarisen (2007, 35) tutkimuksessa kaikki tutkimuksen aikana vierihoidon osastolla olleet vauvat saivat lisämaidon. Äidit eivät aina tienneet, miksi lisämaidon annettiin ja tunsivat siitä suurta hämmennystä. Äidit kaipasivat perusteluja siitä, miksi lisäruokaa täytyy antaa.

Lisämaidon runsasta käyttöä ehkäisevät seuraavat seikat: pitkä ihokontakti, ensimmäinen imetys varhaisessa vaiheessa ja sen onnistuminen, vauvamyönteisessä sairaalassa synnyttäminen, vierihoidon, riittävä ohjaus, hoitajien imetystä tukevat asenteet ja imetysohjaajakoulutus. (Hannula 2003, 70; Hannula, Leino-Kilpi, Puukka 2006, 180–182.) Lisämaidon runsasta käyttöä lisäävät ongelmat raskauden aikana, synnytyksessä ja sen jälkeen, ensisynnyttäjäisyys, lapsen keskimääräistä pienempi tai suurempi syntymäpaino, useamman hengen huone lapsivuodeosastolla sekä tutin ja rintakumin käyttö. (Hannula 2003, 70–71; Hannula ym. 2006, 180–182; Hannula ym. 2008, 16.)

Tutittomuus

Varhainen tutin käyttö vaikeuttaa oikean imemisotteen löytämistä rinnasta. Tutin käyttö voi häiritä vauvantahtista imetystä ja siten myös äidinmaidon eritystä. (Deufel & Montonen 2010 c, 138.) Tutin käyttö sairaalassa lisää todennäköisyyttä runsaaseen lisäruoan käyttöön (Hannula ym. 2006, 181; Hannula ym. 2008, 16).

Iivarisen tutkimuksessa vanhemmat olivat hyvin tietoisia siitä, että tutin antamista tulisi välttää varsinkin ensimmäisten päivien aikana. Vierihoidon osastolla tutti saatettiin kuitenkin antaa vauvan rauhoittamiseksi. Vanhemmat kokivat tutin antamisen ristiriitaiseksi ja hämmentäväksi. (Iivarinen 2007, 30.)

5 VAUVAMYÖNTEISYYS

WHO ja UNICEF käynnistivät vuonna 1991 vauvamyönteisyysohjelman (Baby-friendly Hospital Initiative, BFHI). Yli 150 maata on sitoutunut noudattamaan vauvamyönteisyysohjelmaa. Vauvamyönteisyys tarkoittaa sitoutumista imetyksen edistämiseen, tukemiseen ja suojelemiseen. Vauvamyönteisyys tunnustetaan sertifiikaatilla, jota synnytys sairaalat voivat hakea, kun sairaalassa täyttyvät vauvamyönteisyysohjelman 10 askeleen kriteerit. (THL 2014; WHO 2014 b.)

Suomessa vauvamyönteisyyssertifikaatin myöntää Terveystieteiden tutkimuskeskus (THL). Kun synnytys sairaala hakee sertifikaattia, THL:n imetyksen asiantuntijoista koostuva auditointiryhmä arvioi, täyttyvätkö vauvamyönteisyyden kriteerit. Sertifikaatti on voimassa kerrallaan viisi vuotta. Sen jälkeen sairaala voi hakea uutta arviointia. Suomessa on kertaalleen auditoitu kuusi sairaalaa. Nämä sairaalat ovat Tammisaaren aluesairaala (1996), Keski-Suomen keskussairaala (1997), Vammalan aluesairaala (1999), Salon aluesairaala (2003), Kätilöopiston sairaala (2010) sekä Vaasan keskussairaala (2014). (THL 2014.) Näistä sairaaloista, sekä Tammisaaren että Vammalan sairaaloiden synnytystoiminta on lakkautettu.

5.1 Vauvamyönteisyyden kymmenen askelta

Ensimmäisen askeleen mukaan työyhteisössä täytyy olla kirjallinen suunnitelma imetykseen ja vastasyntyneen ravitsemukseen liittyvistä toimintatavoista. Suunnitelman tulee suojella ja edistää imetystä 10 askelta sekä kansainvälistä äidinmaidonkorvikkeiden markkinointikoodia noudattaen. Jokaisen raskaana olevia, synnyttäneitä, vastasyntyneitä ja imeväisikäisiä hoitavan täytyy tutustua toimintasuunnitelmaan. Suunnitelmasta on oltava nähtävillä kooste tiloissa, jossa edellä mainittuja ryhmiä hoidetaan. (THL 2012.)

Toisen askeleen mukaan henkilökunnalle tulee järjestää toimintasuunnitelman mukaista koulutusta. Vähintään 80 %:lla raskaana olevien, synnyttäneiden tai vastasyntyneiden kanssa työskentelevistä on oltava käytynä 20 tunnin imetyskoulutus. Henkilökunnan on saatava koulutusta myös ei-imettävien äitien ohjaukseen ja äidinmaidonkorvikkeiden oikeanlaiseen käyttöön. (THL 2012.)

Kolmannen askeleen mukaan kaikille raskaana oleville on annettava tietoa imetyksen eduista sekä siitä, miten imetys onnistuu. Sairaalalla on oltava kirjallinen ohjeistus raskaana olevien imetysohjauksesta. Sairaalan tulee kertoa raskaana olevalle sairaalan vauvamyönteisistä käytännöistä. Imetyksen kannalta riskiryhmään kuuluvat tulee huomioida henkilökohtaisella potilasasiakirjoihin kirjattavalla imetysohjaussuunnitelmalla. Synnytyssairaaloiden tulee tehdä yhteistyötä äitiysneuvoloiden kanssa edistääkseen raskaana olevien imetysohjausta. (THL 2012.)

Neljännän askeleen mukaan äitejä tulee auttaa ja rohkaista varhaisimetykseen 30–60 minuutin kuluttua synnytyksestä, vauvan imemisvalmiuden mukaan. Äidin on saatava vauva ihokontaktiin välittömästi tai viimeistään viiden minuutin kuluttua syntymästä. Ihokontaktin on jatkuttava vähintään tunnin ajan ja suositeltavaa on, että pidempäänkin. Jos tämä ei toteudu, on siihen oltava lääketieteellisesti hyväksyttävä syy. (THL 2012.)

Viidennen askeleen mukaan kaikille äideille, myös äideille jotka joutuvat olemaan erossa vauvastaan, annetaan ohjausta imetyksessä ja maidonerityksen ylläpitämisessä. Äidille tulee tarjota apua imetyksessä ensimmäisen kuuden tunnin aikana synnytyksestä. Äitiä tulee ohjata vauvan oikean asennon ja imemisotteen löytämisessä sekä tunnistamisessa. Ensi-imettäjiille ja äideille, joilla on ollut aikaisemmin ongelmia imetyksen suhteen, tulee tarjota erityistukea. Äidille tulee ohjata käsinlypsy ja miten maidoneritys käynnistetään sekä miten sitä pidetään yllä. Korvikeruokintaan päätyneelle äidille on ohjattava turvallinen korvikeruokinta. (THL 2012.)

Kuudennen askeleen mukaan vastasyntyneelle tulee antaa ainoastaan rintamaitoa, poikkeuksen saa tehdä ainoastaan lääketieteellisistä syistä tai äidin tietoisella päätöksellä. Kaikkien äidille annettavien ohjeiden on oltava linjassa Vauvamyönteisysohjelman sekä tämänhetkisen näyttöön perustuvan tiedon kanssa. Äidinmaidonkorvikkeiden valmistaminen ja käytön ohjaaminen on tapahduttava sellaisessa tilassa, jossa ei ole imettäviä äitejä. Ei-imettävälle äidille on kerrottava erilaisista ruokintavaihtoehdoista sekä niihin liittyvistä hyödyistä ja haitoista. (THL 2012.)

Seitsemannen askeleen mukaan äidin ja vauvan tulee saada olla vierihoidossa ympäri vuorokauden. Erottamiseen on oltava perusteltu syy. (THL 2012.)

Kahdeksannen askeleen mukaan äitiä tulee ohjata tunnistamaan vauvan nälkävies-
tit ja äitiä tulee kannustaa lapsentahtiseen imetykseen (THL 2012).

Yhdeksannen askeleen mukaan vauvoille ei tule antaa tuttia tai syöttää tuttipullos-
ta. Äidille/vanhemmille tulee antaa tietoa tutin ja tuttipullon käytön vaikutuksesta
imetykseen. (THL 2012.)

Kymmenennen askeleen mukaan imetystukiryhmien perustamista tulee tukea ja
odottavia sekä imettäviä äitejä tulee ohjata niihin. Henkilökunnan tulee rohkaista
äitiä hakemaan pikaisesti apua mahdollisten imetysongelmien ilmetessä. Äitiä tu-
lee informoida siitä, miten ja mistä hän voi saada apua imetykseen kotiutumisen
jälkeen. Synnytyssairaalan on tehtävä yhteistyötä äitiys- ja lastenneuvolan kanssa,
kehittääkseen imetysohjausta. (THL 2012.)

5.2 Vauvamyönteisyys tutkimuksen valossa

Useissa kansainvälisissä tutkimuksissa on saatu selviä tuloksia siitä, että vauva-
myönteisissä sairaaloissa synnyttäminen lisää huomattavasti imettävien äitien
määrää sekä imetyksen kestoa. Tämä nousu on nähtävissä sekä osittaisessa ime-
tyksessä että täysimetyksessä. (Philipp & Radford 2006, 147–148.) Vuonna 2011
tehdyssä JBI-katsauksessa tutkittiin imetysohjelmien merkitystä imetykselle. Kat-
sauksen mukaan imetystä edistävät ohjelmat sekä henkilökunnan imetyskoulutus
lisäävät imetyksen aloittavien äitien, kotiutusvaiheessa ja vähintään viikon imettä-
vien määrää. Imetyksen edistämisen ohjelmat lisäävät selvästi imetettävien lapsien
määrää myös 3-4 sekä 6 kuukautta synnytyksestä. Ohjelmat lisäsivät täysimetyk-
sen määrää kaikissa vaiheissa. (JBI 2011, 2–3.)

Amerikkalaisessa tutkimuksessa todetaan, että äidit, joiden kohdalla yksikään
kymmenestä askeleesta ei ole toteutunut, epäonnistuvat kahdeksan kertaa toden-
näköisemmin imetyksessä kuuden viikon aikana verrattuna äiteihin, joiden koh-
dalla vähintään kuusi askelta on toteutunut. (Bartick, Stuebe, Shealy, Walker,
Grummer-Strawn 2009, 794) Hannulan (2003, 70–73, 89) tutkimuksen mukaan,

vauvamyönteisessä sairaalassa synnyttäminen vähentää lisäruoan runsasta käyttöä ja lisää imetyksestä hyvin selviytyvien äitien määrää. Vauvamyönteisyys vaikuttaa myös positiivisesti äitien saamaan tuen ja ohjauksen määrään. Italialaisessa kahdeksan sairaalaa käsittäneessä tutkimuksessa tutkittiin koulutuksen vaikutusta kymmenen askeleen toteutumiseen. Kymmenen askeleen toteutuminen parani huomattavasti koulutuksen myötä. Sairaaloiden oli helpompi tehdä parannuksia askeleiden 4–9 toteutumisessa, kun taas askeleiden 1, 2 ja 10 toteuttaminen oli hankalaa. Tutkimuksessa todettiin positiivisia muutoksia henkilökunnan tietämyksessä sekä imetyksen toteutumisessa koulutuksen jälkeen. Tutkimuksessa tarkasteltiin erityisesti neljän muuttujan vaikutusta täysimetykseen kotiutettaessa. Kotiutusvaiheessa täysimetettyjen vauvojen määrä nousi 53 %:lla, kun ensi-imetys tunnin sisällä, vierihoido, tutittomuus ja lypsämisen ohjaaminen toteutuivat. Tutkimuksessa todettiin kotiutusvaiheen täysimetyksellä olevan positiivinen vaikutus imetykseen kolmen ja kuuden kuukauden iässä. (Cattaneo & Buzzetti 2001, 1358–1361.)

6 TUTKIMUKSEN TOTEUTUS

Tämän tutkimuksen kohderyhmänä olivat synnyttäneet äidit kolmen keskussairaalan lapsivuodeosastoilla. Tutkimus oli kvantitatiivinen poikittaistutkimus. Tutkimusasetelma oli kuvaileva.

Poikittaistutkimuksella tarkoitetaan sitä, että tutkimusaineisto kerätään kerran, eikä tutkimusilmiötä ole tarkoitus tarkastella suhteessa aikaisempiin tutkimustuloksiin. Kuvailevalla tutkimusasetelmalla tarkoitetaan tutkimustapaa, jossa todetaan tutkittava asiantila, mutta sille ei pyritä löytämään syitä. Kvantitatiivisessa eli määrällisessä tutkimuksessa tutkitaan eri muuttujia tilastollisin menetelmin. Kvantitatiivinen lähestymistapa sopii tutkimusmenetelmäksi silloin kun halutaan saada yleistettävää tietoa laajasta kohderyhmästä. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 54–57.) Tämä tutkimus oli osa sairaaloiden tavoitetta täyttää vauvamyönteisyyssertifikaatin kriteerit.

6.1 Kohderyhmä ja aineistonkeruu

Tutkimuksen aineisto kerättiin Pohjanmaan vauvamyönteisyystyöryhmän laatimalla kyselylomakkeella (Liitteet 1 & 2). Kysely toteutettiin Keski-Pohjanmaan, Seinäjoen ja Vaasan keskussairaaloissa huhti–kesäkuussa 2014. Lapsivuodeosastojen hoitajat jakoivat äideille kyselylomakkeen henkilökohtaisesti. Kyselylomake oli tehty sekä suomen että ruotsin kielellä. Tutkimukseen osallistuvan tuli hallita joko suomen tai ruotsin kieli. Hoitajat antoivat suullisesti tietoa tutkimuksen tarkoituksesta ja osallistumisen vapaaehtoisuudesta. Täytetyt lomakkeet palautettiin lapsivuodeosastoilla oleviin palautuslaatikoihin. Kolmessa sairaalassa jaettiin yhteensä 274 lomaketta ja yhteensä 204 äitiä vastasi kyselyyn. Vastausprosentti koko aineistolle oli 74.

Tulosten analysointivaiheessa sairaalat nimettiin koodein A, B ja C ja jatkossa niistä käytetään näitä koodeja. Koodi A tarkoittaa Vaasan keskussairaala, B Keski-Pohjanmaan keskussairaala ja C Seinäjoen keskussairaala. Taulukossa 1 esitetään kussakin sairaalassa jaettujen kyselylomakkeiden määrä, vastanneiden äitien määrä sekä vastausprosentti. Yhden sairaalan otoksessa oli mukana kolme

vastaajaa, jotka saivat ja täyttivät kyselylomakkeen keskolassa. Nämä vastaukset on liitetty kyseisen sairaalan kokonaisaineistoon.

Taulukko 1. Jaettujen lomakkeiden ja vastanneiden äitien määrä sekä vastausprosentit sairaaloittain.

Sairaala	Jaettujen lomakkeiden määrä	Vastanneiden äitien määrä	Vastausprosentti
A	107	71	66 %
B	64	47	73 %
C	100	83	83 %

Kyselylomakkeessa oli yhteensä 18 kysymystä. Ensimmäisillä kolmella kysymyksellä kerättiin tietoa äidin taustamuuttujista. Näitä muuttujia olivat ikä, synnyttäneisyys ja synnytystapa. Kysymykset 4–17 olivat strukturoituja kysymyksiä, jotka vastasivat tutkimuskysymyksiin. Kysymys 4 vastasi tutkimuskysymykseen äidin imetyssuunnitelmista. Kysymykset 5, 6, 10 ja 13 vastasivat tutkimuskysymykseen äidin tuen määrän kokemuksesta. Kysymykset 7–9, 14 ja 15 vastasivat kysymykseen äidin kokemasta ohjauksen määrästä. Kysymykset 11, 12, 16 ja 17 vastasivat tutkimuskysymykseen sairaalan imetysmyönteisten käytäntöjen toteutumisesta. Kysymys 18 oli avoin kysymys, johon äidit saivat kirjoittaa vapaasti ajatuksistaan imetysohjauksesta osastolla. Vastauksia avoimeen kysymykseen ei analysoitu tässä opinnäytetyössä.

6.2 Aineiston analysointi

Aineiston analysointi tapahtui SPSS-tilastolaskentaohjelmistolla. Kyselylomakkeet numeroitiin, jotta sairaaloiden vastaukset pystyttiin analysoimaan myös erikseen. Vastauksille annettiin numeeriset arvot, jotka syötettiin SPSS-ohjelmaan. Kolmen sairaalan aineistosta muodostettiin sekä yhdessä että erikseen frekvenssi- ja prosenttitaulukoita, joista tehtiin taulukoita ja kuvioita Microsoft Word-ohjelmalla. Koko aineistosta tehtiin ristiintaulukointi eri taustamuuttujia (synnyttäneisyys ja synnytystapa) käyttäen. Lisämaidon käytöstä sekä ihonkontaktin jat-

kumisesta osastolla tehtiin ristiintaulukoinnit niiden muuttujien kesken, joiden kanssa niillä oletettiin olevan mahdollinen yhteys. Nämä kaksi kysymystä valittiin tarkempaan käsittelyyn siksi, että niillä oletettiin voivan olla yhteyksiä myös muiden tekijöiden kuin taustamuuttujien välillä. Kaikissa ristiintaulukoinneissa tehtiin myös Khii-neliö testi, jolla voitiin tarkastella erojen tilastollista merkitsevyyttä. Tilastollisen merkitsevyyden raja-arvoksi asetettiin $p < 0,05$. Sairaaloiden välisten erojen tilastollista merkitsevyyttä ei testattu.

6.3 Tutkimuseettiset kysymykset

Hoitotieteellistä tutkimusta ohjaavat laki sekä erilaiset ohjeet (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 214). Tutkimuseettisen neuvottelukunnan (TENK) mukaan ihmistieteissä eettiset periaatteet jaetaan kolmeen osa-alueeseen: tutkittavan itsemääräämisoikeuden kunnioittaminen, vahingoittamisen välttäminen sekä yksityisyys ja tietosuojat. Tutkittavien itsemääräämisoikeuden osa-alueita ovat muun muassa vapaaehtoisuus ja informointi. Tutkimukseen osallistujan on saatava riittävästi ja kattavasti tietoa tutkimuksesta ja sen tarkoituksesta sekä toteuttamisesta. Tutkimukseen osallistumisen on oltava vapaaehtoista ja päätöksen on perustuttava riittävään tietoon. Vahingoittamisen välttämiseksi tarkoitetaan henkisten, taloudellisten tai sosiaalisten haittojen välttämistä. Yksityisyyden ja tietosuojan osa-alueita ovat tutkimusaineiston suojaaminen ja luottamuksellisuus, turvallinen säilyttäminen ja hävittäminen sekä yksityisyyden säilyttäminen julkaisuissa. (TENK 2012–2014.)

Tämä opinnäytetyönä tehty tutkimus toteutettiin eettisiä periaatteita noudattaen. Tutkimusluvut haettiin ja saatiin kaikilta kolmelta tutkimukseen osallistuneelta sairaalalta. Tutkittavien itsemääräämisoikeuden kunnioittaminen toteutui sekä vapaaehtoisuuden että informaation osalta. Tutkimukseen osallistuneita informoitiin tutkimuksesta henkilökohtaisesti. Informaatio oli suullista ja sen antoivat lapsivuodeosastojen hoitajat. Kaikkia kohdeltiin kunnioittavasti, tasa-arvoisesti ja oikeudenmukaisesti. Tutkimukseen osallistuminen oli täysin vapaaehtoista, eikä siihen osallistuminen tai osallistumatta jättäminen vaikuttanut hoitoon mitenkään. Tietoisien suostumuksensa äidit antoivat vastaamalla kyselyyn sekä palauttamalla kyselylomakkeen. Vahingoittamisen välttäminen todennäköisesti toteutui, sillä

tutkimus ei tietävästi aiheuttanut tutkittaville henkisiä, sosiaalisia tai taloudellisia haittoja. Yksityisyys ja tietosuoja toteutuivat tutkimuksessa. Kyselyyn on vastattu ja lomake on palautettu nimettömästi eli anonymiteetti säilyttäen. Opinnäytetyön tekijä analysoi ja raportoi aineiston luottamuksellisuudesta huolehtien ja säilyttäen aineiston salassa. Analysoinnin jälkeen opinnäytetyön tekijä palautti aineiston ohjaajalleen kyselylomakkeen avoimen kysymyksen vastausten jatkokäsittelyä varten.

Tutkimuksen eettisyyttä tarkasteltaessa on kuitenkin vielä syytä pohtia, olisiko informaatio pitänyt antaa tutkittaville myös kirjallisena. Suullinen informaatio ei välttämättä takaa sitä, että kaikki ovat saaneet informaation samanlaisena.

6.4 Tutkimuksen luotettavuus

Kvantitatiivisen tutkimuksen luotettavuutta arvioidaan tarkastelemalla reliabiliteettia sekä validiteettia. Luotettavuutta tulee arvioida sekä käytettävän mittarin että tulosten kannalta. Reliabiliteetilla tarkoitetaan sitä, miten pysyviä tutkimuksessa saadut tulokset ovat. Mittarilla tulisi kyetä saamaan eri aineistoista samankaltaisia tuloksia. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 189–196.) Tässä tutkimuksessa käytettyä mittaria ei ole käytetty tässä muodossa aiemmin, joten reliabiliteettia ei voitu tarkastella eri aineistoista saatujen tulosten vertailulla.

Ulkoisella validiteetilla tarkoitetaan sitä, kuinka yleistettävää tietoa tutkimuksessa saadaan. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 189–196.) Tässä tutkimuksessa vastauksia saatiin yhteensä 204. Otos oli riittävä kvantitatiivista tutkimusta varten ja vastausprosentti 74 oli melko hyvä. Koska kyselylomakkeet jaettiin kaikille lapsivuodeosastoilla olleille äideille, otos on satunnainen ja edustaa melko hyvin tutkittavaa kohderyhmää. Tutkimuksesta jäivät pois ne äidit, jotka eivät osanneet suomea tai ruotsia, mikä heikentää otoksen edustavuutta ja täten myös luotettavuutta. Tässä tutkimuksessa ei testattu, oliko sairaaloiden välillä tilastollisesti merkitseviä eroja, mikä rajoittaa tutkimuksen yleistettävyyttä.

Mittarin validiteetilla arvioidaan sitä, miten hyvin tutkimuksen kysymykset ovat onnistuneet mittaamaan tutkittavaa ilmiötä. Valmiin, standardoidun ja testatun

mittarin käyttäminen tutkimuksissa on suositeltavaa luotettavuuden lisäämiseksi (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen, 189–191.) Tämän tutkimuksen kyselylomake oli Pohjanmaan vauvamyönteisyystyöryhmän laatima. Kyselylomakkeen pohjana käytettiin aiemmin laadittua kyselylomaketta, jolla oli tehty vastaavanlainen kysely erääseen keskussairaalaan. Kyselylomakkeesta tuolloin saatujen kokemusten perusteella tehtiin kyselylomakkeeseen parannuksia tätä tutkimusta varten, mikä lisää tutkimuksen luotettavuutta. Kyselylomakkeen luotettavuutta ja toimivuutta voidaan testata pienellä tutkimusotosta vastaavalla joukolla (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 191). Tämän tutkimuksen kyselylomaketta ei esitettävä, mikä heikentää tutkimuksen luotettavuutta.

Kyselylomakkeen yleisenä heikkoutena nähdään se, ettei voida olla varmoja siitä ovatko vastaajat pyrkineet vastaamaan kysymyksiin rehellisesti ja huolellisesti. Epävarmaa on myös se, ymmärtääkö vastaaja kysymyksen kuten on tarkoitettu ja ovatko vastausvaihtoehdot onnistuneita vastaajan näkökulmasta. Myös vastaajien tietopohja kyselyn aihealueesta vaihtelee ja voi vaikuttaa vastauksiin. (Hirsjärvi, Remes, Sajavaara 2013, 195.)

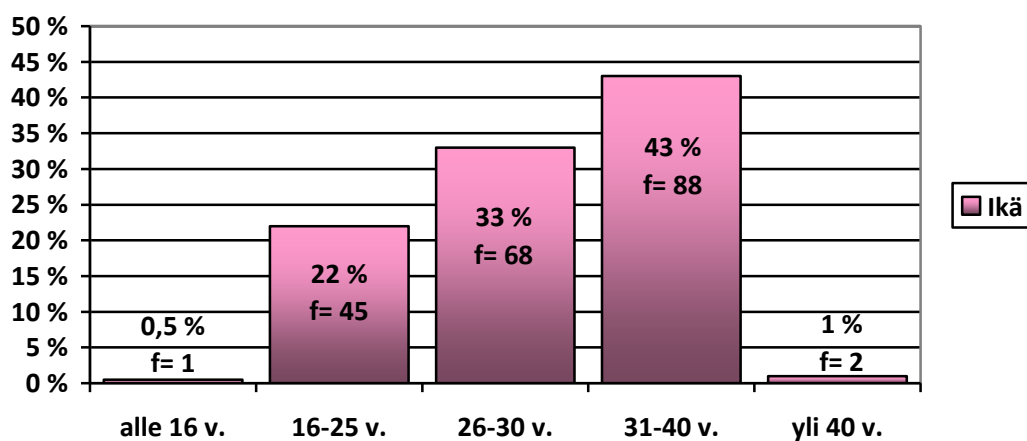
Aineiston analyysivaiheessa huomattiin, että joissakin kyselylomakkeen kysymyksissä oli mahdollisuus erilaisiin tulkintoihin, joka saattaa vääristää tuloksia jonkin verran. Imetyssuunnitelma-kysymyksen (4) vastausvaihtoehdossa 2 vastaaja saattoi vastata osittaisimetyksen kestävän tiettyyn ikään asti tai vaihtoehtoisesti x kuukautta täysimetyksen jälkeen. Myös kysymyksessä ”jatketiinko ihokontaktia osastolla” oli kaksi tulkintamahdollisuutta. Toisaalta vastaaja oli voinut ymmärtää kysymyksen siten, että jatkuiko synnytyssalista alkanut ihokontakti osastolla. Toisaalta taas kysymyksen oli voinut ymmärtää siten, että oliko ihokontaktia osastolla ylipäättään. Useissa kyselylomakkeissa jouduttiin jokin vastaus hylkäämään. Syitä olivat, ettei kysymykseen ollut vastattu ollenkaan tai vaihtoehtoisesti oli keksitty oma vastausvaihtoehto tai ympyröity kaksi vastausvaihtoehtoa. Useissa vastauksissa oli myös kirjoitettu selvennyksiä vastausvaihtoehdon ympyröimisen lisäksi. Näitä selvennyksiä ei huomioitu, vaikka ne saattoivat osittain olla ristiriidassa numeerisen vastauksen kanssa, koska lähtökohtaisesti tämä oli kvantitatiivinen tutkimus.

7 TULOKSET

Tutkimuksen tulokset raportoidaan ensin koko tutkimusjoukosta (kolmesta sairaalasta yhdessä) ja sen jälkeen sairaaloittain. Tuloksia tarkasteltaessa tutkimuksen kolme keskussairaala ovat merkitty kirjaimilla A, B ja C (A=Vaasan keskussairaala, B=Keski-Pohjanmaan keskussairaala, C=Seinäjoen keskussairaala).

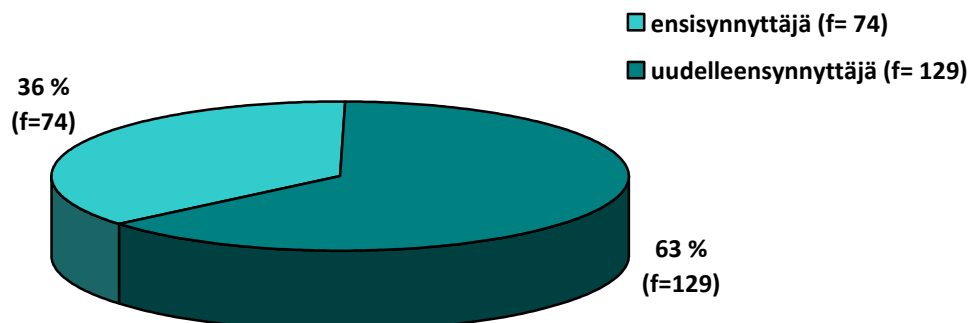
7.1 Vastaajien taustatiedot

Kyselyyn vastasi yhteensä 204 äitiä. Taustatietoina vastaajilta kysyttiin ikä, synnyttäneisyys sekä synnytystapa. Vastaajista suurin osa oli 31–40-vuotiaita (43 %), toiseksi suurin ikäryhmä oli 26–30-vuotiaat (33 %). Vastaajista 16–25-vuotiaita oli 22 % (f=45) ja vastaajista 1,5 % oli alle 16 tai yli 40-vuotiaita. (Kuvio 1).



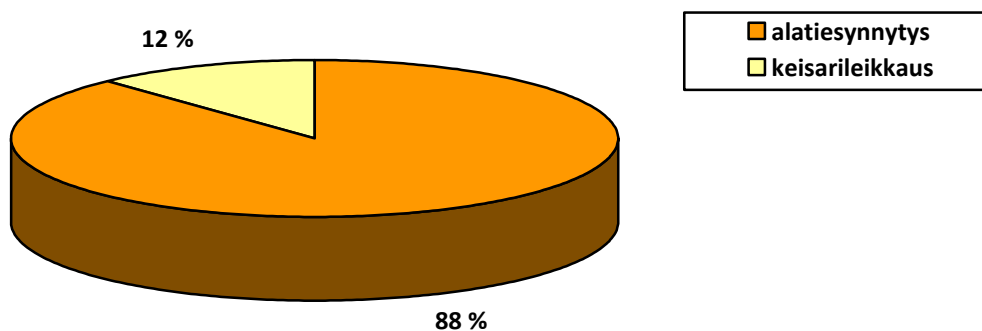
Kuvio 1. Vastaajien ikäjakauma koko aineistossa (n= 204).

Vastaajista 36 % (f=74) oli ensisynnyttäjiä ja 63 % (f=129) oli uudelleen synnyttäjiä. (Kuvio 2).



Kuvio 2. Vastaajien synnyttäneisyys koko aineistossa (n= 203).

Suurimmalla osalla vastaajista synnytystapa oli ollut alatiesynnytys (88 %, f=179). Vastaajista 12 %:lle (f=25) oli tehty keisarileikkaus. (Kuvio 3.)



Kuvio 3. Synnytystapa koko aineistossa (n=204).

Taustatiedot sairaaloittain

Sairaalassa A suurin ikäryhmä oli 26–30-vuotiaat, heitä oli 44 % vastaajista (f=31). Vastaajista 39 % (f=28) oli 31–40-vuotiaita, 16 % (f=11) 16–25-vuotiaita ja 1,5 % (f=1) oli alle 16-vuotiaita. Yli 40-vuotiaita ei ollut yhtään. Yli puolet (62 %, f=44) vastaajista oli uudelleensynnyttäjiä. Ensisynnyttäjiä oli 37 % (f=26). Vastaajista 87 % (f=62) oli synnyttänyt alateitse. Keisarinleikkaus oli tehty 13 %:lle (f=9).

Sairaalassa B suurin ikäryhmä oli 31–40-vuotiaat, heitä oli 42 % (f=21) vastaajista. 30 % (f=15) vastaajista oli 16–25-vuotiaita, 26 % (f=13) oli 26–30-vuotiaita ja

2 % (f=1) oli yli 40-vuotiaita. Alle 16-vuotiaita ei ollut yhtään. 60 % (f=30) äideistä oli uudelleensynnyttäjiä ja 40 % (f=20) ensisynnyttäjiä. 88 % (f=44) oli synnyttänyt alateitse ja 6 %:lle (f=6) oli tehty keisarinleikkaus.

Sairaalassa C eniten oli 31–40-vuotiaita, joita oli 47 % (f=39) vastaajista. 26–30-vuotiaita oli 29 % (f=24) ja 16–25-vuotiaita 23 % (f=19). Yli 40-vuotiaita oli 1 % (f=1), alle 16-vuotiaita ei ollut yhtään. Vastaajista 66 % (f=55) oli uudelleensynnyttäjiä ja 34 % (f=28) ensisynnyttäjiä. Suurin osa (88 %, f=73) äideistä oli synnyttänyt alateitse. Keisarinleikkaus oli tehty 12 %:lle (f=10) vastaajista.

7.2 Imetysohjauksen riittävyys

Kyselylomakkeen kysymykset 7, 8, 9, 14 ja 15 vastasivat tutkimuskysymykseen koetusta imetysohjauksen riittävydestä.

Tarkasteltaessa kaikkien sairaaloiden otoksia yhdessä, vastaajista 90 % oli sitä mieltä, että sairaalassa opastettiin riittävästi oikeaan imetystekniikkaan ja 8 %:n mielestä imetystekniikan opastus oli riittämätöntä. 60 % vastaajista sai mielestään riittävästi tietoa mahdollisista imetykseen tai maidon herumiseen liittyvistä ongelmista, kun taas 36 % (f=73) koki saaneensa tietoa ongelmista riittämättömästi. Vastaajista 87 % (f=178) koki saaneensa riittävästi apua varhaisimetykseen ja 10 % (f=20) vastaajista taas koki saaneensa apua riittämättömästi. Yleisesti imetysohjauksen riittävydestä kysyttäessä 91 % (f=186) vastaajista koki saaneensa riittävästi imetysohjausta ja 6 % (f=13) koki imetysohjauksen olleen riittämätöntä. Puoliso oli huomioitu imetysohjauksessa 30 %:ssa (f=61) tapauksista, kun taas 60 % (f=131) vastaajista oli sitä mieltä, että isää ei huomioitu imetysohjauksessa. (Taulukko 2.)

Taulukko 2. Imetysohjauksen riittävyys koko aineistossa (n=204).

KYSYMYS	RIITTÄVÄÄ /RIITTÄVÄKSI	RIITTÄMÄTÖNTÄ/ RIITTÄMÄTTÖMÄKSI	PUUTTUVA TIETO
Sairaalassa opastettiin oikeaan imetystekniikkaan (n=201)	90 % (f=184)	8 % (f=17)	2 % (f=3)
Mahdollisista imetykseen tai maidon haurumiseen liittyvistä ongelmista kerrottiin (n=196)	60 % (f=123)	36 % (f=73)	4 % (f=8)
Sain apua varhaisimetykseen (n=198)	87 % (f=178)	10 % (f=20)	3 % (f=6)
Koin saamani imetysohjauksen (n=199)	91 % (f=186)	6 % (f=13)	3 % (f=5)
	KYLLÄ	EI	
Huomioitiinko lapsen isä imetysohjauksessa? (n=192)	30 % (f=61)	64 % (f=131)	6 % (f=12)

Ristiintaulukoinneilla tarkasteltiin synnyttäneisyyden yhteyttä imetyksen ohjaukseen ja tukeen koko kolmen sairaalan aineistossa. Tilastollisesti merkitseviä eroja löytyi imetysongelmista kertomisessa ja puolison huomioimisessa. Ensisynnyttäjistä 52 % (f=36) koki, että heille oli kerrottu riittävästi imetysongelmista, kun taas uudelleensynnyttäjistä 69 % (f= 87) koki tämän ohjauksen riittäväksi (p=0,020). Puoliso oli huomioitu ensisynnyttäjien mielestä 52 %:ssa (f=36) tapauksista, kun taas uudelleensynnyttäjistä 20 % (f=25) vastasi, että puoliso oli huomioitu imetysohjauksessa. (p=0,000)

Synnytystapaa ristiintaulukoinnilla vertailtaessa eroja koko aineistossa löytyi siinä, saiko äiti mielestään varhaisimetykseen riittävästi apua, riittävästi imetysohjausta sekä oliko puoliso huomioitu imetysohjauksessa. Alateitse synnyttäneistä 92 % (f=161) koki saaneensa riittävästi apua varhaisimetykseen, kun keisarinleikkauksella synnyttäneistä 74 % (f=17) koki saaneensa riittävästi apua varhaisimetykseen (p=0,007). Alateitse synnyttäneistä 29 % (f=49) vastasi, että puoliso oli

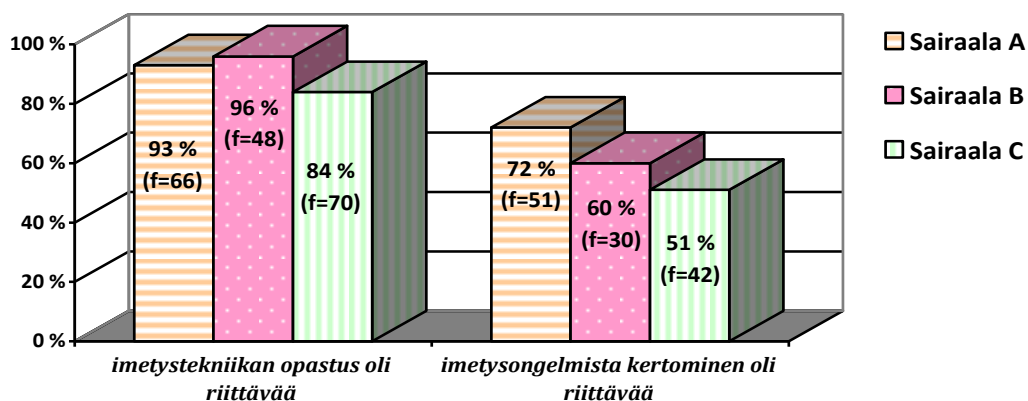
huomioitu imetysohjauksessa, kun taas keisarileikkauksella synnyttäneistä 55 % (f=12) vastasi, että puoliso oli huomioitu imetysohjauksessa (p=0,015).

Imetysohjauksen riittävyys sairaaloittain

Sairaalassa A imetystekniikan opastus oli riittävää 93 %:n (f=66) mielestä, kun taas 7 % (f=5) koki saaneensa sitä riittämättömästi. Vastaajista 72 % (f=51) koki saaneensa riittävästi tietoa imetysongelmista ja 23 % (f=16) koki saaneensa sitä riittämättömästi. (Kuvio 4.)

Sairaalassa B 96 % (f=48) koki saaneensa riittävästi opastusta imetystekniikkaan ja 2 % (f=1) koki saaneensa imetystekniikan opastusta riittämättömästi. Imetysongelmista annettiin 60 %:n (f=30) mielestä tietoa riittävästi ja 36 %:n (f=18) mielestä riittämättömästi. (Kuvio 4.)

Sairaalassa C 84 % (f=70) vastaajista koki saaneensa riittävästi imetystekniikan opastusta, kun 13 % (f=11) koki saaneensa sitä riittämättömästi. Vastaajista 51 % (f=42) koki saaneensa riittävästi tietoa imetysongelmista ja 47 % (f=39) koki saaneensa tietoa riittämättömästi. (Kuvio 4.)

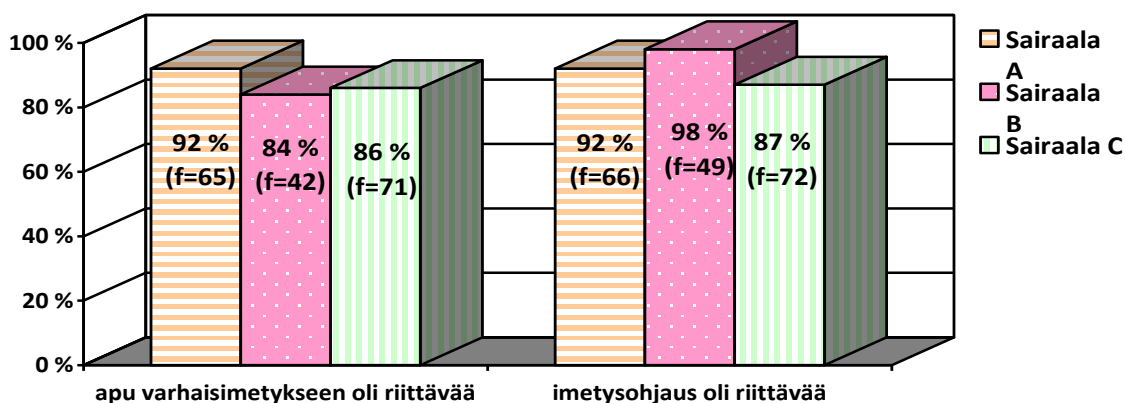


Kuvio 4. Riittävä imetystekniikan opastus (A: n=71; B: n=49; C: n=81) sekä riittävä imetysongelmista kertominen (A: n=67; B: n=48; C: n=81) sairaaloittain.

Sairaalassa A apua varhaisimetykseen sai mielestään riittävästi 92 % (f=65) ja riittämättömästi 4 % (f=3) vastaajista. Imetysohjaus oli äitien mielestä riittävää 92 %:ssa (f=66) tapauksista, kun taas 6 % (f=4) koki ohjauksen riittämättömäksi. (Kuvio 5.)

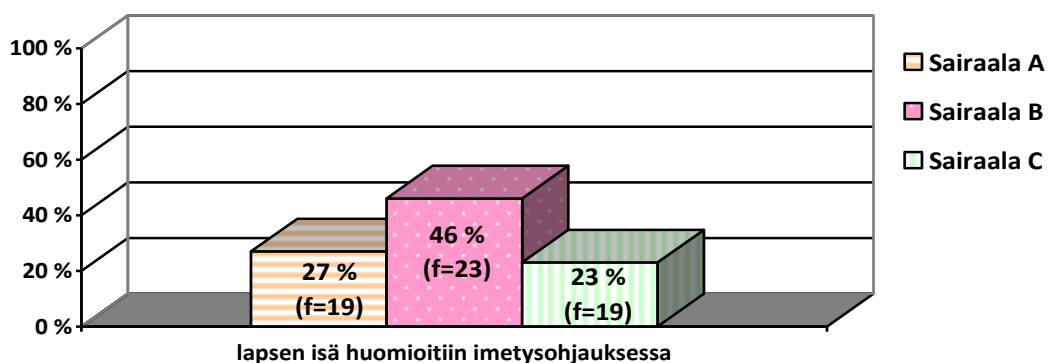
Sairaalassa B 84 % (f=42) vastaajista koki saaneensa riittävästi apua varhaisimetykseen ja 12 % (f=6) riittämättömästi. Vastaajista 98 % (f=49) koki saaneensa riittävästi imetysohjausta ja 2 % (f=1) koki saaneensa sitä riittämättömästi. (Kuvio 5.)

Sairaalassa C 86 % (f=71) vastaajista oli sitä mieltä, että apu varhaisimetykseen oli riittävää ja 13 % (f=11) koki avun riittämättömäksi. Vastaajista 87 % (f=72) koki imetysohjauksen riittäväksi ja 10 % (f=4) riittämättömäksi. (Kuvio 5.)



Kuvio 5. Riittävä apu varhaisimetykseen (A: n=68; B: n=48; C: n=82) sekä riittävä imetysohjaus (A: n=69; B: n=50; C: n=80) sairaaloittain.

Sairaalassa A lapsen isä otettiin huomioon imetysohjauksessa 27 %:n (f=19) mielestä kun taas 66 % (f=47) oli sitä mieltä, että isää ei huomioitu. Sairaalassa B 46 % (f=23) vastaajista koki, että lapsen isä huomioitiin imetysohjauksessa ja 48 % (f=24) koki, ettei isää huomioitu. Sairaalassa C 23 % (f=19) koki, että lapsen isä otettiin imetysohjauksessa huomioon ja 72 % (f=60) koki, ettei isää otettu huomioon. (Kuvio 6).



Kuvio 6. Lapsen isän huomioiminen imetysohjauksessa sairaaloittain. (A: n=66; B: n=47; C: n=79).

7.3 Imetystuen riittävyys

Kyselylomakkeen kysymykset 5, 6, 10 ja 13 vastasivat tutkimuskysymykseen koetusta imetystuen riittävydestä. Seuraavaksi tarkastellaan äitien näkemyksiä imetystuen riittävydestä koko aineistossa.

Kysyttäessä käsiteltiinkö sairaalassa imetyksen tärkeää merkitystä äidin ja lapsen väliselle suhteelle, 89 % (f=181) vastaajista oli sitä mieltä, että aihetta oli käsitelty riittävästi ja 10 % (f=20) mielestä aihetta oli käsitelty riittämättömästi. 95 % (f=194) vastaajista oli sitä mieltä, että imetyksen onnistumista seurattiin sairaalassa riittävästi ja 3 % (f=7) oli sitä mieltä, että onnistumista seurattiin riittämättömästi. 94 % (f=191) äideistä koki, että heitä oli kannustettu riittävästi lapsentahtiseen imetykseen ja 5 % (f=10) koki, että heitä oli kannustettu riittämättömästi. Vastaajista 75 % (f=153) oli kokenut saaneensa kannustusta vauvan ihokontaktiin ottamiseen, kun taas 22 % (f=45) oli kokenut, ettei ollut saanut kannustusta. (Taulukko 3.)

Taulukko 3. Imetystuen riittävyys koko aineistossa (n=204).

KYSYMYS	RIITTÄVÄSTI	RIITTÄMÄTTÖMÄSTI	PUUTTUVA TIETO
Sairaalassa käsiteltiin imetyksen tärkeää merkitystä äidin ja lapsen väliselle suhteelle (n=201)	89 % (f=181)	10 % (f=20)	1 % (f=3)
Imetyksen onnistumista seurattiin sairaalassa (n=201)	95 % (f=194)	3 % (f=7)	2 % (f=3)
Minua kannustettiin lapsentahtiseen imetykseen (n=201)	94 % (f=191)	5 % (f=10)	1 % (f=3)
	KYLLÄ	EI	
Kannustettiin vauvan ihokontaktiin ottamista sairaalassa oloaikana? (n=198)	75 % (f=153)	22 % (f=45)	3 % (f=6)

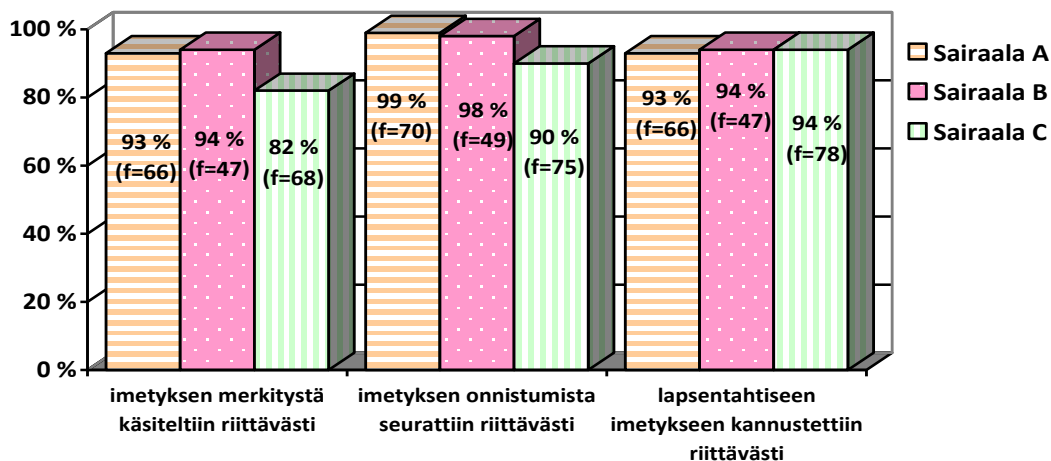
Imetystuen riittävyyttä tarkasteltaessa eri taustamuuttujien välillä ei ollut tilastollisesti merkittäviä eroja ($p>0,05$).

Imetystuen riittävyys sairaaloittain

Sairaalassa A imetyksen tärkeää merkitystä vauvan ja äidin väliselle suhteelle käsiteltiin 93 %:n (f=66) mielestä riittävästi ja 7 % (f=5) mielestä riittämättömästi. Imetyksen onnistumista oli seurattu lähes kaikkien (99 %, f=70) vastaajien mielestä riittävästi, 1 % (f=1) koki onnistumisen seurannan olleen riittämätöntä. Vastaajista 93 % (f=66) koki saaneensa riittävästi kannustusta lapsentahtiseen imetykseen ja 4 % (f=3) koki saaneensa kannustusta riittämättömästi.

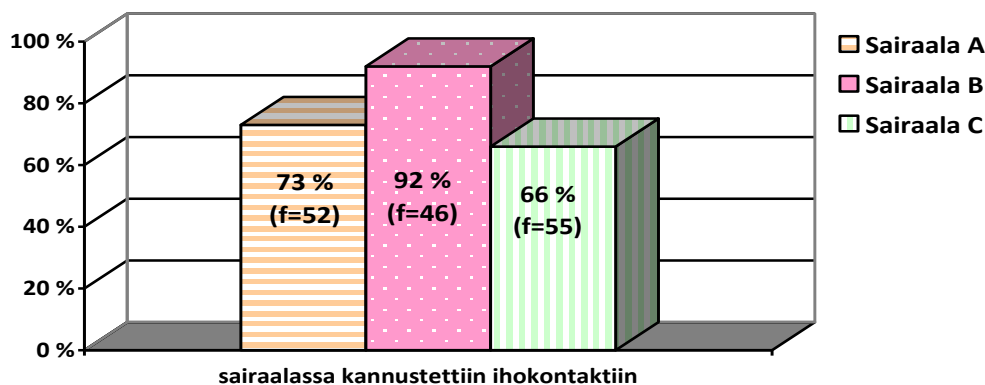
Sairaalassa B 94 % (f=47) vastaajista koki, että imetyksen merkitystä käsiteltiin riittävästi, kun taas 4 % (f=2) koki sen riittämättömäksi. Vastaajista 98 % (f=49) koki, että imetyksessä onnistumista seurattiin riittävästi ja 2 % (f=1) vastaajista koki, että seuranta oli riittämätöntä. Kannustusta lapsentahtiseen imetykseen oli saanut riittävästi 94 % (f=47) vastaajista ja 6 % (f=3) vastaajista oli saanut sitä mielestään riittämättömästi. (Kuvio 7.)

Sairaalassa C 82 % (f=68) koki imetyksen merkityksen käsittelyn olleen riittävää ja 16 % (f=13) koki sen olleen riittämätöntä. Imetyksen onnistumista oli seurattu 90 % (f=75) mielestä riittävästi ja 8 % (f=7) oli kokenut seurannan riittämättömäksi. Vastaajista 94 % (f=78) koki saaneensa riittävästi kannustusta lapsentahtiseen imetykseen ja 5 % (f=4) koki saaneensa kannustusta riittämättömästi. (Kuvio 7.)



Kuvio 7. Riittävä imetyksen merkityksen käsittely (A n=71; B n=49; C n=81), riittävä imetyksen onnistumisen seuraaminen (A n=71; B n=49; C n=82) sekä riittävä lapsentahtiseen imetykseen kannustaminen (A n=69; B n=50; C n=82) sairaaloittain.

Sairaalassa A 73 %:n (f=52) mielestä sairaalassa kannustettiin ihokontaktin ottamiseen ja 24 % (f=17) oli sitä mieltä, että sairaalassa ei kannustettu siihen. Sairaalassa B 92 % (f=46) vastaajista koki, että heitä kannustettiin ihokontaktin ottamiseen ja 6 % (f=3) ei kokenut saaneensa kannustusta ihokontaktin ottamiseen. Sairaalassa C 66 % (f=55) oli sitä mieltä, että sairaalassa kannustettiin, kun taas 30 % (f=25) oli sitä mieltä, että sairaalassa ei kannustettu ottamaan ihokontaktia. (Kuvio 8.)

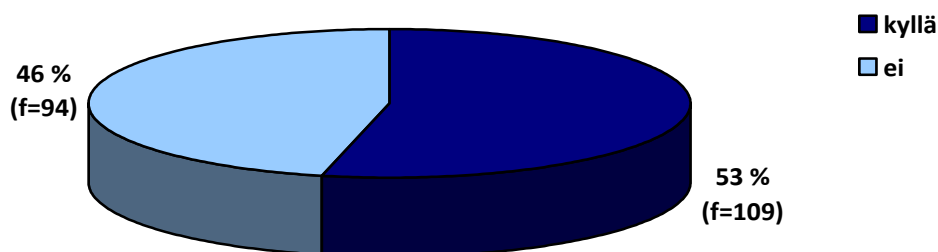


Kuvio 8. Ihokontaktiin ottamiseen kannustaminen sairaaloissa (A n=69; B n=49; C n=80).

7.4 Sairaalan imetysmyönteisten käytäntöjen toteutuminen

Kyselylomakkeen kysymykset 11, 12, 16 ja 17 vastasivat tutkimuskysymykseen siitä, missä määrin sairaaloiden imetysmyönteiset käytännöt toteutuivat.

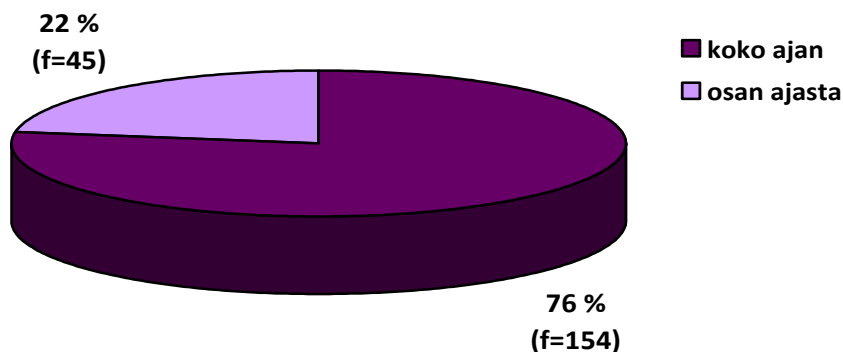
Koko aineistoa tarkasteltaessa 54 % (f=109) vauvoista oli saanut lisämaitoa ja 46 % (f=94) oli saanut pelkkää äidinmaitoa. (Kuvio 9).



Kuvio 9. Lisämaidon käyttö koko aineistossa (n=203).

Ristiintaulukoinnissa synnytystapojen välillä löytyi ero lisämaidon käyttämisessä. Puolet (50 %, f=89) alateitse syntyneistä lapsista oli saanut lisämaitoa, kun keisarileikkauksella syntyneistä lapsista 80 % (f=20) oli saanut lisämaitoa ($p=0,005$). Myös vierihoidolla oli yhteys lisämaidon käyttämiseen. Vauvoista, jotka olivat koko ajan vierihoidossa, 42 % (f=64) sai lisämaitoa, kun vauvoista, jotka olivat osan ajasta vierihoidossa, lisämaitoa sai 91 % (f=41) ($p=0,000$).

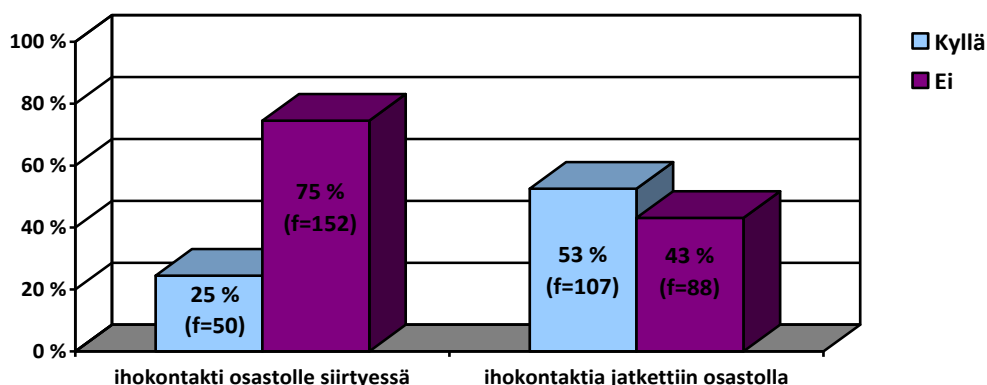
Äideistä 76 % (f=154) piti vauvaa osastolla vierihoidossa koko ajan, kun 22 % (f=45) vauvoista oli vierihoidossa osan ajasta. (Kuvio 10.)



Kuvio 10. Vierihoidon toteutuminen koko aineistossa (n=199).

Taustamuuttujien yhteyksiä vierihoidon ristiintaulukoinnilla tarkasteltaessa synnyttäneisyyden ja synnytystapojen välillä löydettiin eroja. Ensissynnyttäjistä 66 %:lla (f=49) oli ollut vauva vierihoidossa koko ajan, kun vastaava luku uudelleensynnyttäjillä oli 84 % (f=104) ($p=0,004$). Alateitse synnyttäneistä 81 %:lla (f=140) oli vauva koko ajan vierihoidossa, kun äideistä, joille oli tehty keisarinleikkaus, vauva oli kokoaikaisesti vierihoidossa 56 %:lla (f=14) ($p=0,006$).

Vastaajista 25 % (f=50) siirtyi synnytyssalista osastolle ihokontaktissa vauvan kanssa ja 75 % (f=152) ei siirtynyt osastolle ihokontaktissa. Osastolla ihokontaktia jatkoi 53 % (f=107) äideistä, kun taas 43 % (f=88) ei jatkanut ihonkontaktia osastolla. (Kuvio 11).



Kuvio 11. Ihokontakti osastolle siirryttäessä (n=202) sekä ihokontaktin jatkaminen osastolla (n=195) koko aineistossa.

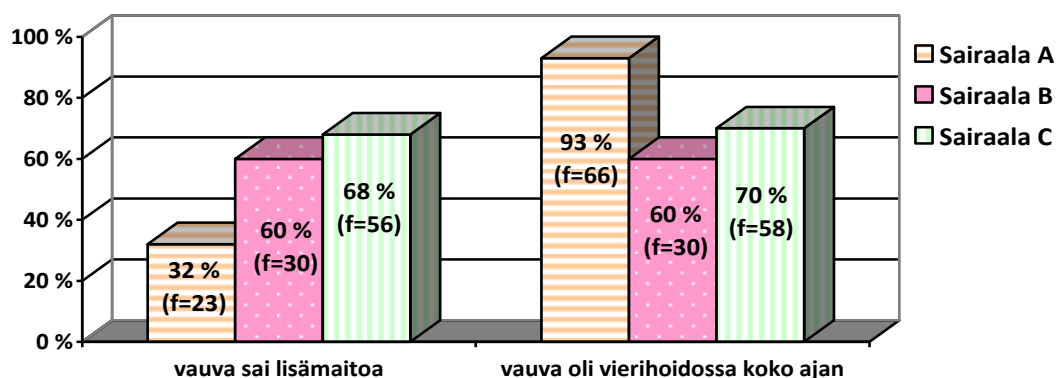
Ristiintaulukoinnilla tarkasteltaessa, eri taustamuuttujilla ei ollut yhteyttä ihokontaktissa siirtymiseen tai ihokontaktin jatkamiseen. Tutkittaessa ihokontaktiin kannustamisen sekä ihokontaktissa siirtymisen yhteyttä siihen, kuinka moni jatkoi ihokontaktia osastolla, löydettiin yhteys. Vastaajista, joita oli kannustettu ihokontaktin ottamiseen, 68 % (f=100) jatkoi ihokontaktia osastolla, kun vastaajista, jotka eivät olleet saaneet kannustusta ihokontaktin ottamiseen, 10 % (f=4) jatkoi ihokontaktia (p=0,000). Heistä, jotka olivat siirtyneet ihokontaktissa osastolle 90 % (f=44) jatkoi ihokontaktia osastolla ja heistä, jotka eivät olleet siirtyneet osastolle ihokontaktissa, ihokontaktia jatkoi osastolla 43 % (f=62) (p=0,000).

Imetysohjeiden käytännön toteutuminen sairaaloittain

Sairaalassa A lisämaitoa sai 32 % (f=23) vauvoista, kun 68 % (f=48) vauvoista sai pelkkää äidinmaitoa. Vastaajista 93 % (f=66) vastasi vauvan olevan vierihoidossa koko ajan ja 6 %:lla (f=4) vauva oli vierihoidossa osan ajasta. (Kuvio 12.)

Sairaalassa B lisämaitoa sai 60 % (f=30) vauvoista, kun 38 % (f=19) vauvoista sai pelkkää äidinmaitoa. Kokoaikainen vierihoito toteutui 60 %:lla (f=30), kun 36 % (f=18) vauvoista oli vierihoidossa vain osan ajasta. (Kuvio 12.)

Sairaalassa C lisämaitoa annettiin 68 %:lle (f=56) ja pelkkää äidinmaitoa sai 33 % (f=27) vauvoista. Vauvoista 70 % (f=58) oli vierihoidossa koko ajan ja 28 % (f=23) osan ajasta. (Kuvio 12.)

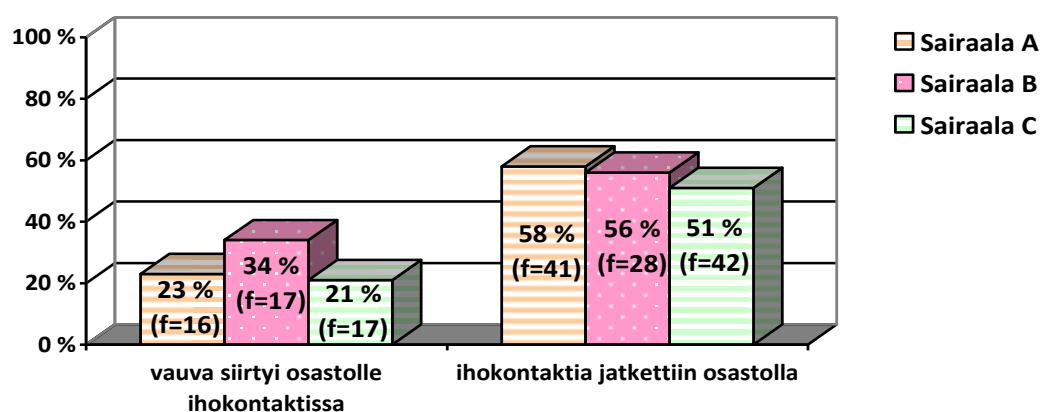


Kuvio 12. Lisämaidon antaminen (A: n=71; B: n=49; C: n=83) sekä vierihoidon toteutuminen kokoaikaisesti (A: n=70; B: n=48; C: n=81) sairaaloittain.

Sairaalassa A 23 %:lla (f=16) äideistä oli vauva ihokontaktissa osastolle siirryttäessä, kun 75 %:lla (f=53) ei ollut vauva ihokontaktissa. Vastaajista 58 % (f=41) jatkoi ihokontaktia osastolla ja 38 %:lla (f=27) ihokontakti ei jatkunut. (Kuvio 13.)

Sairaalassa B 34 % (f=17) siirtyi ihokontaktissa osastolle, kun 66 % (f=33) ei ollut ihokontaktissa vauvansa kanssa siirtyessään osastolle. Vastaajista 56 % (f=28) jatkoi ihonkontaktia osastolla, kun 38 % (f=19) ei jatkanut osastolla ihokontaktissa olemista. (Kuvio 13.)

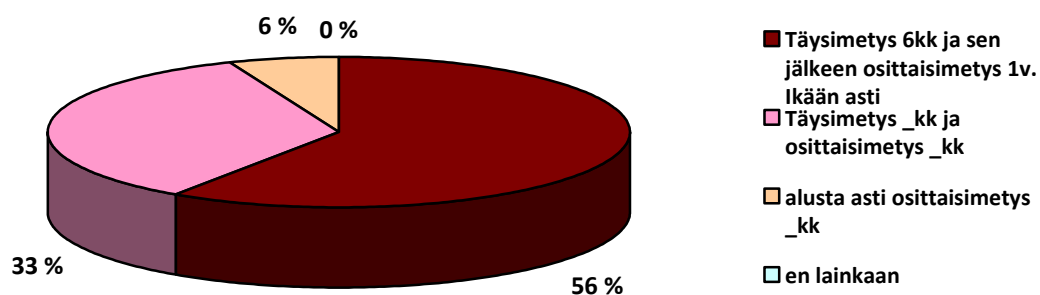
Sairaalassa C 21 % (f=17) siirtyi osastolle ihokontaktissa vauvan kanssa, kun taas 80 %:lla ihokontakti ei toteutunut osastolle siirryttäessä. Vastaajista 46 % (f=38) jatkoi osastolla ihokontaktia ja 51 % (f=42) ei jatkanut sitä osastolla. (Kuvio 13.)



Kuvio 13. Ihokontaktissa osastolle siirtyminen (A: n=69; B: n=50; C: n=83) ja ihokontaktin jatkaminen osastolla (A: n=68; B: n=47; C: n=80) sairaaloittain.

7.5 Äitien imetyssuunnitelmat

Koko aineistoa tarkasteltaessa reilu puolet kyselyyn osallistuneista äideistä suunnitteli imettävänsä suositusten mukaisesti, mikä tarkoitti täysimetystä 6 kuukautta, jonka jälkeen osittaisimetys jatkuisi 1 vuoden ikään asti. Noin kolmannes vastaajista valitsi vastausvaihtoehdon, jossa täysimetyksen sekä osittaisimetyksen keston sai kirjoittaa itse. Reilu 5 % vastasi osittaisimettävänsä alusta asti. Yksikään vastaajista ei ollut ajatellut olla imettämättä kokonaan. (Kuvio 14).



Kuvio 14. Äitien imetyssuunnitelmat koko aineistossa (n=194)

Vastausvaihtoehdossa, jossa täysimetyksen ja osittaisimetyksen suunnitelmat sai itse ilmoittaa, keskiarvo täysimetyksen kestolle oli 4,7 kuukautta ja osittaisimetykselle 8,9 kuukautta. Vastausvaihtoehdossa, joka sisälsi osittaisimetyksen alusta asti, keskiarvo osittaisimetyksen kestolle oli 7,4 kuukautta.

Imetyssuunnitelmat sairaaloittain

Sairaalassa A 56 % (f= 40) äideistä suunnitteli täysimettävänsä 6 kuukautta ja siten jatkavansa osittaisimetystä 1 vuoden ikään asti. Vastaajista 38 % (f=27) valitsi vastausvaihtoehdon 2, jossa täysimetyksen ja osittaisimetyksen keston sai kirjoittaa itse. Keskiarvo täysimetykselle oli 4,7 kuukautta ja osittaisimetyksen kestolle 8,4 kuukautta. Vastaajista 2 % (f=1) suunnitteli imettävänsä alusta asti osittaisimetyksellä. Keskiarvo osittaisimetyksen kestolle oli 5 kuukautta. Vastaajista 4 % (f=3) jätti vastaamatta kysymyksen.

Sairaalassa B 62 % (f=31) äideistä suunnitteli täysimetystä 6 kuukauden ajan ja osittaisimetyksen jatkamista 1 vuoden ikään asti. Vastaajista 28 % (f=14) valitsi vastausvaihtoehdon 2, jossa täys- ja osittaisimetyksen keston sai kirjoittaa itse. Keskiarvo täysimetykselle oli 4,6 kuukautta ja osittaisimetyksen kestolle 8,6 kuukautta. Äideistä 6 % (f=3) suunnitteli imettävänsä alusta asti osittaisimetyksellä. Keskiarvo osittaisimetyksen kestolle oli 5,5 kuukautta. Vastaajista 4 % (f=2) jätti vastaamatta kysymyksen.

Sairaalassa C 53 % (f=44) äideistä suunnitteli täysimettävänsä 6 kuukautta ja osittaisimettävänsä sen jälkeen 1 vuoden ikään asti. Äideistä 31 % (f=26) kirjoitti vas-

tausvaihtoehtoon 2 omat suunnitelmansa täys- ja osittaisimetyksen kestosta. Keskiarvo täysimetykselle oli 4,7 kuukautta ja osittaisimetyksen kestolle 9,5 kuukautta. Alusta asti osittaisimettämistä suunnitteli 10 % ($f=8$) äideistä. Keskiarvo osittaisimetyksen kestolle oli 8,4 kuukautta. Vastaajista 6 % ($f=5$) jätti vastaamatta kysymykseen.

8 POHDINTA

Tässä luvussa tarkastellaan tutkimuksen tuloksia ensin koko aineistossa ja sen jälkeen sairaaloittain. Lopuksi esitetään tutkimustulosten johtopäätökset sekä jatko-tutkimusehdotukset.

8.1 Tutkimustulosten tarkastelu

Tämän tutkimuksen tarkoituksena oli kuvailla äitien kokemuksia saamastaan imetysohjauksesta ja imetyksen tuesta kolmen keskussairaalan lapsivuodeosastoilla. Tutkimuskysymyksiin saatiin vastaukset.

Tulokset kokonaisaineistossa

Kokonaisaineistossa imetysohjaus koettiin pääosin riittäväksi imetystekniikan opastamisen, varhaisimetyksessä avustamisen sekä yleisen imetysohjauksen osalta. Noin 90 % vastaajista piti näillä osa-alueilla saamaansa ohjausta riittävänä. Kehitettävää imetysohjauksen osa-alueissa on imetyso ongelmista kertomisessa sekä isän huomioimisessa imetysohjauksessa. Vastaajista 36 % koki saaneensa riittämättömästi tietoa imetykseen liittyvistä ongelmista. Imetyso ongelmista kertominen on tärkeää, sillä ne ovat varsin yleisiä. Suomalaisten synnyttäjien seurantalutkimuksessa 73 % äideistä koki ongelmia rintoihin ja maidon eritykseen liittyen ja yli puolet koki lapsen liittyviä imetyso ongelmia (Hannula 2003, 90–91). Tässä tutkimuksessa isä oli otettu mukaan imetysohjaukseen vain 30 %:ssa tapauksista. Puoliso on merkittävä imetyksen tukija ja hänet tulee ottaa huomioon imetysohjausta annettaessa (Deufel & Montonen 2010 a, 158–161; Iivarinen 2007, 44). Ensisynnyttäjien puoliset huomioitiin paremmin kuin uudelleensynnyttäjien puoliset. Ensisynnyttäjistä hieman yli 50 % ilmoitti, että puoliso oli otettu imetysohjaukseen mukaan kun taas uudelleensynnyttäjistä 20 % vastasi, että isä oli huomioitu. Keisarinleikkauksella synnyttäneiden puoliset oli otettu useammin mukaan imetysohjaukseen kuin alateitse synnyttäneiden. Synnyttäneisyyden ja synnytystavan yhteyksistä puolison huomioimiseen ei löydetty aiempaa tutkimusta.

Imetyksen tukeminen koettiin tässä tutkimuksessa pääosin riittäväksi. Imetyksen tärkeää merkitystä oli käsitelty lähes 90 % mielestä riittävästi. Imetyksen onnis-

tumista oli seurattu erittäin hyvin, samoin lapsentahtiseen imetykseen kannustaminen oli erinomaista. Vain muutama vastaaja oli kokenut tuen näillä alueilla olevan riittämätöntä. Ihonkontaktiin kannustaminen oli imetyksen tukea määrittävistä alueista heikoin, joskin siinäkin tulos on kuitenkin kohtuullisen hyvä, sillä reilu kaksi kolmannesta oli sitä mieltä että kannustaminen oli riittävää.

Imetysmyönteisten käytäntöjen toteutuminen oli osa-alueena heikoin tämän tutkimuksen tuloksissa. Yllättävää sinänsä, sillä Cattaneon ja Buzzetin (2001, 1358–1361) tutkimuksessa juuri tämä osa-alue oli ollut helpoin muuttaa imetysmyönteisemmäksi. Lisämaidon käyttö oli runsasta, sillä jopa hieman yli puolet vauvoista oli saanut sairaalassaoloaikanaan lisämaitoa. Vauvat, jotka olivat syntyneet keisarinleikkauksella, saivat todennäköisemmin lisämaitoa kuin vauvat, jotka olivat syntyneet alateitse. Alateitse syntyneistä vauvoista 50 % sai lisämaitoa, kun taas keisarinleikkauksella syntyneistä vauvoista lisämaitoa sai 80 %. Vauvamyönteisyyden kuudennen askeleen mukaan, vähintään 80 % satunnaisesti valitusta joukosta tulee olla täysimetettyjä (THL 2012.) Tämän tutkimuksen koko aineistossa 46 % vauvoista ei saanut lisämaitoa ja oli siis täysimetettyjä. Lisämaidon antaminen on hyväksyttävää lääketieteellisistä syistä (THL 2012). Tässä tutkimuksessa lisämaidon antamisen syytä ei kysytty, joten pitkälle vietyjä johtopäätöksiä ei voida tehdä. Lisämaidon antaminen oli runsasta myös Hannulan ym. (2006, 180) tutkimuksessa, jossa 79 % vauvoista oli saanut lisäruokaa sairaalassaoloaikanaan sekä Hannulan ym. (2008, 16) tutkimuksessa, jossa 74 % vauvoista sai lisämaitoa sairaalassaoloaikanaan. Hannulan ym. (2008, 16) tutkimuksessa oli myös yhteys synnytystavan ja lisämaidon antamisen välillä: sekä imukuppisynnytys että keisarinleikkaus lisäsivät lisämaidon käyttöä.

Kokoaikaisen vierihoidon toteutuminen oli melko hyvää, koko aineistossa 76 % vauvoista oli vierihoidossa koko ajan. Kokoaikaisen vierihoidon toteutumisessa oli eroja sekä ensi- ja uudelleensynnyttäjien välillä että alateitse ja keisarinleikkauksella synnyttäneiden välillä. Uudelleensynnyttäjillä vauva oli koko ajan vierihoidossa todennäköisemmin kuin ensisynnyttäjillä. Alateitse synnyttäneillä vauva oli useammin kokoaikaisessa vierihoidossa, verrattuna keisarinleikkauksella synnyttäneisiin. Vauvamyönteisyysohjelman seitsemännen askeleen mukaan vähin-

tään 80 % satunnaisesti valitusta joukosta tulee olla ollut koko ajan vierihoidossa ja äidin ja vauvan erottamiseen on oltava perusteltu syy (THL 2012). Tässä tutkimuksessa ei selvitetty syytä siihen, miksi vauva ei ollut koko aikaa vierihoidossa.

Koko aineissa 25 % vauvoista siirtyi ihokontaktissa osastolle. Ihokontaktin jatkuminen osastolla jäi kohtalaiseksi, hieman yli puolet jatkoi ihokontaktia osastolla. Ihokontaktin jatkaminen osastolla oli todennäköisempää niillä, jotka olivat siirtyneet ihokontaktissa osastolle kuin niillä, jotka eivät olleet siirtyneet ihokontaktissa osastolle. Tähän tulokseen saattoi vaikuttaa mahdollisuus kysymyksen väärään tulkintaan, sillä jotkut olivat voineet ymmärtää kysymyksen siten, että jatkuiko synnytyssalista alkanut ihokontakti osastolla. Toisaalta taas kysymyksen oli voinut ymmärtää siten, että oliko ihokontaktia osastolla ylipäätään

Ihokontaktiin oli kannustettu 75 % äideistä. Pohdittavaksi jää, miksi ihokontakti jäi silti lähes puolelta vastaajista toteutumatta. Ihokontaktiin kannustaminen kuitenkin kannattaa, sillä noin kaksi kolmannesta niistä jotka saivat kannustusta, olivat ihokontaktissa osastolla, kun taas suurin osa heistä, jotka eivät olleet saaneet kannustusta, eivät olleet ihokontaktissa osastolla.

Äitien täysimetyssuunnitelmat ennustavat pidempää täys- ja kokonaisimetystä todellisuudessa (Rousku, Isolauri, Laksio, Laitinen 2010, 3422–3423.) Tässä tutkimuksessa noin 90 % suunnitteli täysimettävänsä jonkin aikaa. Imetyssuosittelusten mukaisesti täysimetystä 6 kuukauden ikään asti suunnitteli koko aineistosta hieman yli puolet vastaajista.

Tulokset sairaaloittain

Imetyksen tärkeästä merkityksestä äidin ja vauvan väliselle suhteelle kertominen, imetyksen onnistumisen seuraaminen sekä lapsentahtiseen imetykseen kannustaminen oli kaikilla sairaaloilla erikseen tarkasteltuna erinomaista. Yhden sairaalan osalta imetyksen tärkeästä merkityksestä kertominen jäi hieman heikommaksi olleen kuitenkin yli 80 %:sti riittävää. Muutoin edellä mainitut osa-alueet olivat arvioitu yli 90 %:sti riittäväksi. Ihokontaktiin kannustamisessa yhdessä sairaalassa yli 90 % arvioi kannustamisen riittäväksi, kahdessa sairaalassa tämä osa-alue oli ime-

tyksen tukea määrittävistä kysymyksistä heikoin: toisessa 73 % ja toisessa 66 % vastaajista koki ihokontaktiin kannustamisen riittäväksi. Kuitenkaan kovin pitkälle vietyjä johtopäätöksiä ei voida tehdä, sillä sitä oliko sairaaloiden välillä tilastollisesti merkitseviä eroja, ei testattu.

Lisämaidon käyttö oli kaikissa sairaaloissa tavallista. Yhdessä sairaaloista lisämaidon käyttö oli vähäisempää, noin kolmannes vauvoista sai lisämaidon. Kahdessa muussa sairaalassa lisämaidon käyttö oli yleisempää: toisessa sairaalassa 60 % ja toisessa 68 % vauvoista sai lisämaidon. Yhdessä sairaalassa kokoaikaisen vierihoidon toteutuminen oli erittäin hyvää, sillä 93 % vauvoista oli vierihoidossa koko ajan. Kahdessa muussa sairaalassa kokoaikainen vierihoito toteutui heikommin: toisessa sairaalassa 60 % ja toisessa 70 % vauvoista oli kokoaikaisesti vierihoidossa. Kaikissa sairaaloissa siirtyminen osastolle ihonkontaktissa vauvan kanssa oli melko vähäistä. Paras tulos oli eräässä sairaalassa, jossa kolmannes vastaajista oli siirtynyt osastolle ihonkontaktissa. Ihonkontaktin jatkuminen osastolla oli kaikissa sairaaloissa kohtalaista, 46–58 % vastaajista oli jatkanut ihonkontaktia osastolla.

8.2 Johtopäätökset ja jatkotutkimusehdotukset

Tutkimuksen tuloksista on hyötyä tutkimukseen osallistuneille keskussairaaloille niiden suunnitellessa ja kehittäessä toimintaansa vastaamaan vauvamyönteisyysohjelman kriteereitä. Tutkimuksen tulokset antavat hyvän kuvan siitä, miten äidit kokivat sairaaloiden vauvamyönteisyyden tutkimushetkellä.

Tutkimuksen tulokset osoittivat monen vauvamyönteisyyden kriteerin toteutuvan sairaaloissa hyvin, mutta kehitettävääkin kuitenkin löytyy. Useimmilla osastoalueilla suurin osa äideistä oli kokenut imetysohjauksen ja imetystuen olevan riittävää. Imetysohjauksessa parannettavaa on imetysongelmista kertomisessa sekä isän mukaan ottamisessa imetysohjaukseen. Imetystuen osalta ihonkontaktiin voitaisiin kannustaa enemmänkin. Sairaaloiden imetysmyönteisissä käytännöissä oli tämän tutkimuksen tulosten mukaan eniten parannettavaa. Lisämaidon käyttö oli runsasta, mutta syyt käyttöön eivät tulleet selville tässä tutkimuksessa.

Tutkimustulosten perusteella esitetään seuraavia jatkotutkimusehdotuksia:

- lisämaidon antamisen syyt
- syyt, miksi vauva ei ole kokoaikaisesti vierihoidossa
- henkilökunnan näkemykset vauvamyönteisyysohjelman kriteereistä ja niiden toteutumisesta

LÄHTEET

Autio, P., Kiviniemi, M., Mastosalo, K. 2012. Pohjanmaan vauvamyönteisyystyöryhmä. Poster-esitys. Kätilöpäivät 4.-5.5.2012. Vaasa.

Bartick, M., Stuebe, A., Shealy, K., Walker, M., Grummer-Strawn, L. 2009. Closing the Quality Gap: Promoting Evidence-Based Breastfeeding Care in the Hospital. *Pediatrics*. 124, 4, e793-e802.

Brown, A., Raynor, P., Lee, M. 2011. Healthcare professionals' and mothers' perceptions of factors that influence decisions to breastfeed or formula feed infants: a comparative study. *Journal of advanced nursing*. ?, ?, 1993-2002.

Cattaneo, A., Buzzetti, R. 2001. Quality improvement report. Effect on rates of breast feeding of training for the Baby Friendly Hospital Initiative. *BMJ*. 323, 8, 1358–1362.

Deufel, M., Montonen, E. 2010 a. Imetyksen sosiaalinen tuki. Teoksessa Onnistunut imetys, 150–190. Deufel, M., Montonen, E. Helsinki. Duodecim.

Deufel, M., Montonen, E. 2010 b. Ensi-imetys synnytyssalissa. Teoksessa Onnistunut imetys, 405–410. Deufel, M., Montonen, E. Helsinki. Duodecim.

Deufel, M., Montonen, E. 2010 c. Imetyksen ohjaaminen. Teoksessa Onnistunut imetys, 108–147. Deufel, M., Montonen, E. Helsinki. Duodecim.

Deufel, M., Montonen, E. 2010 d. Ympäri vuorokautinen vierihoito synnytysvuoodeosastolla. Teoksessa Onnistunut imetys, 428-429. Deufel, M., Montonen, E. Helsinki. Duodecim.

Deufel, M., Montonen, E. 2010 e. Rintojen kehitys. Teoksessa Onnistunut imetys, 50–51. Deufel, M., Montonen, E. Helsinki. Duodecim.

Deufel, M., Montonen, E. 2010 f. Rinnan rakenne. Teoksessa Onnistunut imetys, 51–55. Deufel, M., Montonen, E. Helsinki. Duodecim.

Deufel M., Montonen E. 2010 g. Maahanmuuttajien imetysohjaus. Teoksessa Onnistunut imetys, 495–501. Deufel M., Montonen E. Helsinki. Duodecim.

Haapanen, M-L., Markkanen-Leppänen., M. 2013. Lapsen syömisen kehitys ja imemisen tarve. Duodecim. 129, 473–479.

Hannula, L. 2003. Imetysnäkömukset ja imetyksen toteutuminen. Suomalaisten synnyttäjien seurantatutkimus. Väitöskirja. Turku. Turun yliopisto.

Hannula, L., Leino-Kilpi, H., Puukka, P. 2006. Imetyksestä selviytyminen ja lisäruoan käyttö synnytys sairaalassa – äitien näkökulma. *Hoitotiede*. 18, 4, 176–183.

Hannula, L., Rytönen, L., Kumpula, M., Puukka, P., Helenius, L., Pakola, M. 2008. Lisämaidon anto vastasyntyneelle lapsivuodeosastolla. Tutkiva hoitotyö. 6, 1, 12–17.

Hauck, F.R., Thompson, J.M.D., Tanabe, K.O., Moon, R.Y., Vennemann, M.Y. 2011. Breastfeeding and Reduced Risk of Sudden Infant Death Syndrome: A Meta-analysis. *Pediatrics*.128, 3, 103-110.

Haroon S., Das K.J., Salam R.A, Imdad A., Bhutta Z.A. 2013. Breastfeeding promotion interventions and breastfeeding practices: a systematic review. *BMC Public Health*.13, 3, 1-18.

Hirsjärvi, S., Remes, P., Sajavaara, P. 2013. Tutki ja kirjoita. 15.–17. painos. Tammi. Helsinki.

Hällström, M. 2005. Necrotising enterocolitis in preterm infants: frequency, risk factors, laboratory diagnosis and microbiological etiology. Väitöskirja. Tampere. Tampereen yliopisto.

Iivarinen, T. 2007. Äitien ja heidän puolisoitensa arviointeja imetysohjauksesta sairaalassa. Pro gradu-tutkielma. Hoitotieteen laitos. Kuopion yliopisto.

Ikonen, R., Ruohotie, P., Ezeonodo, A., Mikkola, K., Koskinen, K. 2014. Ennen-aikaisesti syntyneet. Lastenneuvolakäsikirja. THL. Viitattu 12.12.2014. <http://www.thl.fi/fi/web/lastenneuvolakasikirja/tietopaketit/imetys/ennenaikaisesti-syntyneet>

Imetyksen tuki ry 2014. Yhdistys & toiminta. Viitattu 12.12.2014. <http://www.imetys.fi/index.php/yhdistys-toiminta>

Joanna Briggs Institute 2010. Naisten odotuksia ja kokemuksia imetystuesta. Best Practice Recommendations.

Joanna Briggs Institute 2011. Imetysohjelmat terveydenhuollossa. Best Practice Recommendations.

Joanna Briggs Institute 2013 a. Pacifier use. Best Practice Recommendations.

Joanna Briggs Institute 2013 b. Breastfeeding: Skin-to-skin Contact After Birth. Best Practice Recommendations.

Joanna Briggs Institute 2013 c. Breastfeeding Support. Best Practice Recommendations.

Joanna Briggs Institute 2013 d. Formula Feeding: Clinician Information. Best Practice Recommendations.

Joanna Briggs Institute 2013 e. Breastfeeding: Signs of Correct Positioning and Attachment. Best Practice Recommendations.

Joanna Briggs Institute 2014 a. Breastfeeding: Insufficient Supply. Best Practice Recommendations.

Joanna Briggs Institute 2014 b. Breastfeeding: Interventions to Promote and Best Practice. Best Practice Recommendations.

Järvenpää, A-L. 2009. Imetyksen vaikutukset lapsen terveyteen. *Lääkärilehti*. 64, 23, 2089–2093.

Kankkunen, P., Vehviläinen-Julkunen, K. 2013. 3. painos. Sanoma Pro Oy. Helsinki.

Kansallinen imetyksen edistämisen työryhmä. 2009. Imetyksen edistäminen Suomessa. Toimintasuunnitelma 2009–2012. THL – raportti 32/2009. Helsinki. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. Viitattu 22.8.2014. <http://www.thl.fi/thl-client/pdfs/98969f64-05de-41d9-9aa6-7e34d8d6d6ba>

Keskinen, H. 2010. Imetys ja suun terveys. Teoksessa *Onnistunut imetys*, 45–48. Deufel, M., Montonen, E. Helsinki. Duodecim

Kolanen, H., Koskinen, K. 2014. Maahanmuuttajat. THL. Viitattu 12.12.2014. <http://www.thl.fi/fi/web/lastenneuvolakasikirja/ohjeet-ja-tukimateriaali/terveysneuvonta/imetysohjaus/maahanmuuttajat>

Koskimäki, M., Hannula, L., Rantanen, A., Kaukonen, M., Rekola, L., Tarkka, M-T. 2012. Äitien imetyksestä selviytyminen ja imetysluottamus lapsivuodeosastolla. *Hoitotiede*. 24. 1, 3-13.

Koskinen, K. 2008. Imetysohjaus. Helsinki. Edita.

Laanterä, S., 2011. Breastfeeding Counseling in Maternity Health Care. Väitöskirja. University of Eastern Finland. Kuopio.

Lamberti, L.M., Zakarija-Grkovic, I., Fischer Walker, C.L., Theodoratou, E., Nair, H., Cambell, H., Black R.E. 2013. Breastfeeding for reducing the risk of pneumonia morbidity and mortality in children under two: a systematic literature review and meta-analysis. *BMC Public Health*.

Luukkainen P. 2010. Rintamaidon koostumus. Teoksessa *Onnistunut imetys*, 33-37. Deufel, M., Montonen, E. Helsinki. Duodecim.

Luukkainen, P. & Laanterä, S. 2010. Ennen aikaisesti syntynyt vauva. Teoksessa *Onnistunut imetys*, 308-311. Deufel, M., Montonen, E. Helsinki. Duodecim.

Luukkainen, P. & Laanterä, S. 2010. Erityistarkkailua vaativien vastasyntyneiden ruokinta. Teoksessa *Onnistunut imetys*, 302–308. Deufel, M., Montonen, E. Helsinki. Duodecim.

- Moore, E., Anderson, G., Bergman, N., Dowswell, T. 2012. Early skin-to-skin contact for mothers and their healthy newborn infants. Europe PMC Funders Author Manuscripts.
- Peippo, M., Hoppu, U., Isolauri, E., Laitinen, K. 2011. Mitä ruokaa imeväselle. *Lääkärilehti*. 66, 41, 3029-3034.
- Pereira, P.F., Alfenas, R.C.G., Araújo, R.M.A. 2014. Does breastfeeding influence the risk of developing diabetes mellitus in children? A review of current evidence. *Journal de Pediatria*. 90, 1, 7-15.
- Philipp, B.L., Raford, A., 2006. Baby-Friendly: snappy slogan or standard of care? *Archives of Disease in Childhood*. 91, 2, F145-F149.
- Pirilä, S. 2014. Role of breastfeeding in bone health, body composition and vascular health and their inter-connectivity. A Follow-Up Study from Birth to 32 Years of Age. Väitöskirja. Helsinki. Helsingin yliopisto.
- Puura, K., Mäntymaa, M. 2010. Vanhemman ja vauvan vuorovaikutus. Teoksessa *Onnistunut imetys*, 24–27. Deufel, M., Montonen, E. Helsinki. Duodecim.
- Raskaana olevan, synnyttävän ja synnyttäneen äidin sekä perheen imetysohjaus. Hoitotyön suositus. Hoitotyön Tutkimussäätiön asettama työryhmä. Helsinki: Hoitotyön Tutkimussäätiö, 2010.
- Rousku, H., Isolauri, E., Laksio, S., Laitinen, K. 2010. Ensisynnyttäjien näkemykset imeväisen ruokinnasta ja sen yhteydestä terveyteen. *Lääkärilehti*. 65, 42, 3422–3423.
- Rova, M., Koskinen, K. 2014a. Imetysasento ja imemisote. THL. Viitattu 12.12.2014.
<http://www.thl.fi/fi/web/lastenneuvolakasikirja/tietopaketit/imetys/imetysasento-ja-imemisote>
- Rova, M., Koskinen, K. 2014b. Imetysongelmat. THL. Viitattu 12.12.2014
<http://www.thl.fi/fi/web/lastenneuvolakasikirja/tietopaketit/imetys/imetysongelmat>
- Salonen, A., Kumpula, H., Oommen, M., Kaunonen, M. 2013. Äitien saama sosiaalinen tuki lapsivuodeosastolla. *Tutkiva Hoitotyö*. 11, 3, 4-14.
- Sirviö, K. 2009. Imetyksen ja tutin vaikutus suun terveyteen. Duodecim. Viitattu 12.12.2004.
http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti/http/tk.koti?p_artikkeli=trs00043
- Smithers, L., McIntyre, E. 2010. The impact of breastfeeding – translating recent evidence for practice. *Australian family physician*. 39, 10, 757-760.

Stuebe, A., Bonuck, K. 2011. What Predicts Intent to Breastfeed Exclusively? Breastfeeding Knowledge, Attitudes and Beliefs in a Diverse Urban Population. *Breastfeeding Medicine*. 6, 6, 413-420.

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2012. Vauvamyönteisyyden kriteerit. Viitattu 20.11.2014. <http://www.thl.fi/fi/web/seksuaali-ja-lisaantymisterveys/raskaus-ja-synnytys/imetyksen-edistaminen-synnytyssairaalassa/vauvamyönteisyyden-kriteerit>

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2014. Imetyksen edistäminen synnytyssairaalassa. Viitattu 12.12.2014. <http://www.thl.fi/fi/web/seksuaali-ja-lisaantymisterveys/raskaus-ja-synnytys/imetyksen-edistaminen-synnytyssairaalassa>

Tiitinen, A. 2014 a. Imetys. *Duodecim*. Viitattu 12.12.2014. http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk01020

Tiitinen, A. 2014 b. Imetysongelmia. Viitattu 12.12.2014. http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk01021

Tilastokeskus 2009. Neljäkymmentä vuotta kielivähemmistöjen elinolututkimuksesta. Viitattu 23.12.2013. http://www.stat.fi/artikkelit/2009/art_2009-09-30_010.html?s=0

Tilli, N., Kaunonen, M., Hannula, L., Halme, N., Tarkka, L. 2011. Imetyksestä selviytyminen ja parisuhdetyytyväisyys lapsen syntymän jälkeen. *Tutkiva hoito*. 9, 2, 4-11.

Tutkimuseettinen neuvottelukunta. Eettinen ennakoarviointi ihmistieteissä. *TENK 2012–2014*. Viitattu 15.11.2014. <http://www.tenk.fi/fi/eettinen-ennakoarviointi-ihmistieteissa>

Uusitalo, L., Nyberg, H., Pelkonen, M., Sarlio-Lähteenkorva, S., Hakulinen-Viitanen, T., Virtanen, S. 2012. Imeväisikäisten ruokinta Suomessa vuonna 2010. *THL – raportti 8/2012*. Helsinki. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos.

Väestöliitto 2014. Maahanmuuttajien määrä. Viitattu 23.12.2014. http://www.vaestoliitto.fi/tieto_ja_tutkimus/vaestontutkimuslaitos/tilastoja-ja-linkkejä/tilastotietoa/maahanmuuttajat/maahanmuuttajien-maara/

WHO 2009. Infant and young child feeding: model chapter for textbooks for medical students and allied health professionals. Ranska. Viitattu 4.6.2014. http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44117/1/9789241597494_eng.pdf?ua=1

WHO 2014 a. Exclusive breastfeeding. Viitattu 12.12.2014. http://www.who.int/elena/titles/exclusive_breastfeeding/en/

WHO. 2014 b. Implementation of the Baby-friendly Hospital initiative. Viitattu 3.10.2014. http://www.who.int/elena/titles/implementation_bfhi/en/

IMETYSKYSELY

Haluamme seurata ja kehittää imetysohjaustamme osastollamme. Pyydämme Sinua arvioimaan saamaasi imetysohjausta sairaalassa olon aikana. Ympyröi seuraavista kysymyksistä sinulle parhaiten sopiva vastausvaihtoehto.

1. Ikä

- 1 alle 16 v.
- 2 16 - 25 v.
- 3 26 - 30 v.
- 4 31 - 40 v.
- 5 yli 40 v

2. Oletko

- 1 ensisynnyttäjää
- 2 uudelleensynnyttäjää

3. Oliko synnytystapasi

- 1 alatiesynnytys
- 2 keisarileikkaus

4. Kauanko olet ajatellut imettäväsi lastasi? (Täysimetys tarkoittaa, että lapsi saa ainoastaan äidin omaa maitoa ja D-vitamiinia. Lisämaitoa annetaan vain lääketieteellisestä syystä.)

- 1 täysimetys 6 kk ja sen jälkeen osittaisimetys 1 v. ikään asti (WHO:n suositus)
- 2 täysimetys ____ kk ja osittaisimetys ____ kk (kirjoita tämänhetkinen suunnitelmasi)
- 3 alusta asti osittaisimetys ____ kk (kirjoita tämänhetkinen suunnitelmasi)
- 4 en lainkaan

5. Sairaalassa käsiteltiin imetyksen tärkeää merkitystä äidin ja lapsen väliselle suhteelle

- 1 riittävästi
- 2 riittämättömästi

6. Imetyksen onnistumista seurattiin sairaalassa

- 1 riittävästi
- 2 riittämättömästi

7. Sairaalassa opastettiin oikeaan imetystekniikkaan? (imetysasennot, lapsen imemisote...)

- 1 riittävästi
- 2 riittämättömästi

8. Mahdollisista imetykseen tai maidon herumiseen liittyvistä ongelmista kerrottiin (tiehyttukos, kivulias imetys, imemislakko....)

- 1 riittävästi
- 2 riittämättömästi

9. Sain apua varhaisimetykseen lapsen ensimmäisen elintunnin aikana

- 1 riittävästi
- 2 riittämättömästi

10. Kannustettiin vauvan ihokontaktiin ottamista sairaalassa oloaikana? (Ihokontakti tarkoittaa, että vauva on vasten vanhemman ihoa alasti tai pelkkä vaippa päällä.)

- 1 kyllä
- 2 ei

11. Saiko lapsesi osastolla muuta ravintoa kuin oman äidin maitoa?

- 1 kyllä
- 2 ei
- 3 en osaa sanoa

12. Lapseni oli osastolla oloaikana vieressäni

- 1 koko ajan
- 2 osan ajasta

13. Minua kannustettiin lapsentahtiseen imettämiseen

- 1 riittävästi
- 2 riittämättömästi

14. Koin saamani imetysohjauksen

- 1 riittäväksi
- 2 riittämättömäksi

15. Huomioitiinko lapsen isä imetysohjauksessa?

1 kyllä

2 ei

16. Siirtyikö vauva ihokontaktissa osastolle? (Ihokontakti tarkoittaa, että vauva on vasten vanhemman ihoa alasti tai pelkkä vaippa päällä.)

1 kyllä

2 ei

17. Jatkoitteko ihokontaktia osastolla?

1 kyllä

2 ei

18. Kerro vapaasti saamastasi imetysohjauksesta osastolla.

[illegible]

KIITOS, VASTAUKSESI ON ARVOKAS!

AMNINGSFÖRFRÅGAN

Vi önskar att följa upp och utveckla vår amningshandledning på avdelningen. Vi ber Dig utvärdera den amningshandledning Du fått under sjukhusevistelsen. Vänligen ringa runt det svarsalternativ som känns rätt för Dig.

1. Ålder

- 1 < 16 år
- 2 16 - 25 år
- 3 26 - 30 år
- 4 31 - 40 år
- 5 > 40 år

2. Är Du

- 1 förstföderska
- 2 omföderska

3. Förlossnings sätt?

- 1 nedrevägsförlossning
- 2 kejsarsnitt

4. Hur länge har Du tänkt amma Ditt barn? (Helamning betyder att barnet får endast mammas bröstmjölk och D-vitaminsdroppar. Tillskottsmjölk ges endast av medicinska orsaker.)

- 1 helamning 6 mån och delamning tills barnet är 1 år gammal (WHO:s rekommendation)
- 2 helamning ____ mån och delamning ____ mån (fyll i din nuvarande plan)
- 3 delamning från början ____ mån (fyll i din nuvarande plan)
- 4 har inte tänkt amma

5. På sjukhuset togs det upp om amningens viktiga betydelse för moderns och barnets relation

- 1 tillräckligt
- 2 otillräckligt

6. På sjukhuset följde man med hur amningen lyckades

- 1 tillräckligt
- 2 otillräckligt

7. På sjukhuset handledde man i rätt amningsteknik (amningsställningar, barnets suggrepp...)

- 1 tillräckligt
- 2 otillräckligt

8. Informerades Du om möjliga amningsproblem (mjölkstockningar, smärtsam amning, sugstrejk)

- 1 tillräckligt
- 2 otillräckligt

9. Jag fick hjälp med tidig amning under barnets första levnadstimmar

- 1 tillräckligt
- 2 otillräckligt

10. Uppmuntrades Du att ha babyn i hudkontakt under sjukhusvistelsen? (Hudkontakt betyder att babyn ligger naken eller endast med blöja mot förälderns hud.)

- 1 ja
- 2 nej

11. Fick Ditt barn annan näring än din egen mjölk under sjukhusvistelsen?

- 1 ja
- 2 nej
- 3 vet ej

12. Mitt barn var under sjukhusvistelsen hos mig

- 1 dygnet runt
- 2 en del av tiden

13. Jag uppmuntrades att amma i babyens takt

- 1 tillräckligt
- 2 otillräckligt

14. Jag upplevde den amningshandledning jag fick som

- 1 tillräcklig
- 2 otillräcklig

15. Tog man i beaktande barnets far i amningshandledningen?

1 ja

2 nej

16. Förflyttades babyn i hudkontakt till BB avdelningen? (Hudkontakt betyder att babyn ligger naken eller endast med blöja mot förälderns hud.)

1 ja

2 nej

17. Fortsatte Ni med hudkontakten på BB avdelningen?

1 ja

2 nej

18. Berätta fritt om den amninghandledning Du fått

[illegible]

TACK, DITT SVAR ÄR VÄRDEFULLT!